

# RESPONSABILIDAD SANITARIA POR CULPA MÉDICA. UNA PROPUESTA DE SISTEMATIZACIÓN\*

## HEALTHCARE LIABILITY DUE TO MEDICAL NEGLIGENCE. A PROPOSAL FOR SYSTEMATIZATION

Aedo-Barrena, Cristian\*\*

### RESUMEN

El presente artículo pretende una sistematización de la responsabilidad de instituciones de salud, públicas y privadas, como resultado de la culpa médica, a través del análisis dogmático del problema y de lo decidido por setenta sentencias que fueron seleccionadas para el estudio, en tanto fundamentan dicha responsabilidad de diversos modos o resuelven diferentes presupuestos sistemáticos. El artículo contiene un apartado de conclusiones en el que se evidencian los principales hallazgos del estudio.

**PALABRAS CLAVE:** responsabilidad; falta de servicio; responsabilidad médica

---

\* Este artículo forma parte del proyecto FONDECYT regular n.º 1231292, denominado “El riesgo como elemento articulador de la responsabilidad extracontractual”, del cual Cristian Aedo es investigador principal; del FONDECYT regular número 1251017, denominado “Resolución de problemas de causalidad en supuestos de pluralidad de condiciones culpables en un contexto de responsabilidad sanitaria”, cuyo investigador principal es Renzo Munita y del cual Cristian Aedo es coinvestigador; del FONDECYT regular número 1231094, denominado “Causalidad y supuestos de exoneración de responsabilidad contractual en el Derecho romano”, cuyo investigador principal es Patricio Lazo y del cual Cristian Aedo es coinvestigador y FONDECYT regular 1220697, titulado “Criterios de distinción entre obligaciones restitutorias e indemnizatorias en situaciones extracontractuales e intromisión en derecho ajeno”, cuyo investigador principal es Carlos Céspedes y del cual Cristian Aedo es coinvestigador.

\*\* Profesor de Derecho Civil, Universidad de los Andes, Chile. Doctor en Derecho por la Universidad de Deusto, Bilbao, España. Dirección postal: Monseñor Álvaro del Portillo 12, Las Condes, Región Metropolitana. Correo electrónico: caedob@uandes.cl ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0556-0632>.

Recepción: 2025-05-29; aceptación: 2026-03-10.

## ABSTRACT

This article aims to systematize the liability of public and private health institutions as a result of medical negligence, through a dogmatic analysis of the problem and the decisions of seventy rulings selected for the study, as they substantiate such liability in various ways or resolve different systematic assumptions. The article includes a conclusions section that highlights the main findings of the study.

KEYWORDS: liability; lack of service; medical liability

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo analiza el régimen de responsabilidad de las instituciones de salud, públicas y privadas, que se configura como consecuencia de la culpa médica<sup>1</sup>. Dicha culpa surge cuando el médico falta a la *lex artis*, es decir, al conjunto de reglas y prácticas propias de la actividad médica, en el diagnóstico y tratamiento del paciente<sup>2</sup>. Lo anterior es sin perjuicio de que la responsabilidad sanitaria institucional pueda reclamarse en otros supuestos, a propósito de la conducta de personal no médico o de la falla organizacional. Este último aspecto, es decir, la falla en la organización será considerado en el trabajo, toda vez que, tanto en el plano dogmático como jurisprudencial, dicha responsabilidad puede establecerse por la falta de adopción de

90

<sup>1</sup> Para esta cuestión véase GUAJARDO (2005), p. 31 y ss.; CÁRDENAS (2009), p. 316; NORIEGA (2011), pp. 19-21; SILLERO (2013), pp. 145-146; PIZARRO (2017), p. 12 y ss.; VIDAL (2018), pp. 13-18; JARAMILLO (2019), p. 55 y ss.; GALÁN (2020), p. 169 y ss.; AEDO (2021a), p. 87 y ss.

<sup>2</sup> Sobre el concepto de *lex artis*, véase TAPIA (2003), p. 90; NORIEGA (2011), p. 118; PIZARRO (2017), p. 34 y ss.; AEDO (2021a), p. 87. En la jurisprudencia, la interesante sentencia S.C.C. con Mutual de Seguridad y otro (2019): “En síntesis, se evalúa la acción médica desde la perspectiva de la formación y preparación básica común del profesional, pero según su especialidad y la mayor o menor urgencia de la acción de salud, además de su naturaleza, para determinar el mínimo exigible. Se debe tener también presente la ejecución de la actuación y el resultado obtenido, esto es el aspecto concreto de la prestación, como la experiencia y capacitación del médico, así también la infraestructura disponible para ejecutar la acción de salud concreta, la que se analiza sobre la base de un comportamiento esperable de un facultativo medio o un especialista medio, pero teniendo siempre presente el caso particular. Con esta precisión, se conjugan la ponderación de la responsabilidad en abstracto y en concreto”. En la sentencia W.M.C. con V.G.H.P. (2011), se define la *lex artis* en los siguientes términos: “Se reconoce a la *lex artis* como parámetro de control de la conducta, en el caso en estudio, de los médicos, que alude a la diligencia y cuidado mínimo que les es exigible que empleen en el ejercicio de las acciones que desarrollen con motivo de su función”. Véase, además, Q.R.C. con Secretaria Regional Ministerial de Salud (2017). Véase también, C/B.G.M. y N.C.A. (2011); L. con I. Municipalidad de El Bosque (2024).

cuidados médicos y, en particular, en la responsabilidad de instituciones privadas, ha sido uno de los caminos dogmáticos para determinar la relación entre el médico (y su mala praxis) y la institución de salud.

Partiendo del supuesto de la mala praxis médica como fundamento de la responsabilidad institucional, el presente artículo ofrece una sistematización de los posibles demandados, en el caso de la responsabilidad sanitaria por falta de servicio como en el caso de clínicas y otras instituciones privadas. Desde luego, hay trabajos que han abordado la responsabilidad médica como la responsabilidad institucional, que han realizado sistematizaciones, pero diversas al enfoque de este trabajo. Por ejemplo, en Hugo Cárdenas y Jaime Moreno, se analiza la falta de servicio desde la tipología de la responsabilidad médica, es decir, distinguiendo entre omisión diagnóstica o de tratamiento<sup>3</sup>. En Josefina Tocornal, se analizan también los supuestos de responsabilidad por falta de servicio, acogiendo la distinción entre diagnóstico y tratamiento, mientras que, en el caso de las clínicas, se ofrecen teorías que explicarían su responsabilidad<sup>4</sup>. Por otro lado, se ha analizado la regulación normativa, especialmente de la falta de servicio, sin ofrecer una sistematización íntegra de los posibles responsables<sup>5</sup> o, bien, se han analizado los regímenes de responsabilidad aplicables a la responsabilidad médica o a la responsabilidad de las instituciones privadas de salud<sup>6</sup>.

En cuanto a la configuración de los demandados, en el caso de instituciones públicas, el enfoque ha sido desde la perspectiva de la legitimación pasiva<sup>7</sup>. En el trabajo de Hugo Cárdenas se ha hecho un esfuerzo de sistematización de la legitimación pasiva tratándose de hospitales autogestionados<sup>8</sup>. El enfoque de este trabajo, en cambio, sin prescindir del tratamiento de la doctrina chilena antes citada, se enfoca en las posibilidades de responsabilidad de las instituciones de salud, analizando para tal efecto alrededor de setenta sentencias recientes de la jurisprudencia chilena y coordinán-

<sup>3</sup> CÁRDENAS y MORENO (2011), pp. 88-108.

<sup>4</sup> TOCORNAL (2014), p. 141 y ss.

<sup>5</sup> CÁRDENAS y MORENO (2011), pp. 7-13; VIDAL (2020), pp. 146-159.

<sup>6</sup> GUAJARDO (2005), p. 31 y ss.; NORIEGA (2011), pp. 19-21; SILLERO (2013), pp. 145-146; PIZARRO (2017), p. 12 y ss.; VIDAL (2018), pp. 13-18; JARAMILLO (2019), p. 55 y ss.; GALÁN (2020), p. 169 y ss.

<sup>7</sup> Aunque esta perspectiva es abordada, su pretensión excede el tratamiento exclusivo de la legitimación, que a la luz de la doctrina chilena comprende la *legitimatío ad causam* y la *legitimatío ad processum*. La primera se refiere a la denominada capacidad procesal, mientras que la segunda a la legitimación propiamente dicha. Para el análisis de la legitimación, como presupuesto procesal, véase, por todos, ROMERO (2012), p. 88 y ss.; MARÍN (2024), p. 134 y ss.

<sup>8</sup> CÁRDENAS (2018), p. 479 y ss. En la misma línea puede verse el trabajo de CARVAJAL (2014), p. 137 y ss.; MARÍN y FRINGS (2017), p. 31 y ss.; y el comentario de sentencia de EWERT (2021), p. 265 y ss.; CÁRDENAS y MORENO (2011), pp. 13-15 abordan la legitimación pasiva, pero la sistematización no es exhaustiva ni cuenta con una actualización de la jurisprudencia chilena.

dolas con el tratamiento doctrinario, que permita mostrar un cuadro unitario en la materia.

## I. RESPONSABILIDAD SANITARIA POR FALTA DE SERVICIO<sup>9</sup>

Como se ha adelantado, para explorar las posibilidades para hacer efectiva la responsabilidad institucional, se analizará dicha configuración a partir de la responsabilidad médica. Por tanto, antes de examinar en contra de quiénes puede hacerse efectiva la responsabilidad, es importante distinguir en qué supuestos de negligencia médica la demanda puede ser intentada.

### *1. Los supuestos de negligencia médica en que puede hacerse efectiva la responsabilidad institucional de organismos públicos de salud*

#### a. Responsabilidad por falta de servicio por infracción a la *lex artis* tratándose de errores diagnósticos o de tratamiento

92

Cuando el médico desatiende las reglas de la *lex artis*, puede reclamarse responsabilidad por falta de servicio<sup>10</sup>, y su ausencia excusa su configuración<sup>11</sup>.

A la hora de evaluar la infracción de la *lex artis*, Andrea Perin distingue entre deberes típicos, de alguna manera codificados en un protocolo médico y conducta o deber atípico, que pueden estar más o menos determinados. Aunque se trata de una reflexión aplicable al ámbito penal, resulta un esfuerzo meritorio en aras a precisar el juicio de culpa, al menos en el ámbito médico<sup>12</sup>.

La existencia de estos protocolos, por lo demás, se exigen para resguardar la seguridad de los pacientes, por mandato del art. 4 de la Ley n.º 20584,

<sup>9</sup> BERMÚDEZ (2002), pp. 256-257 indica que la falta de servicio prescinde del comportamiento del funcionario e, incluso, cuando este no puede ser determinado (culpa anónima), pero en modo alguno implica que la responsabilidad es por riesgo, sino que, fundada en la culpa, cuestión en la que hay pleno acuerdo en la dogmática, y en la jurisprudencia. Véase también VALDIVIA (2006), pp. 152-153; VALDIVIA (2019), p. 222; AGÜERO, SANDOVAL y ZAMBRANO (2020), p. 178; HUEPE (2022), p. 75.

<sup>10</sup> CÁRDENAS y MORENO (2011), pp. 84-85. En este sentido se ha pronunciado en S.L. y otra con Servicio de Salud de Talcahuano (2024); Ll.C.M. con Servicio Salud O'Higgins (2024); U.R.C. con Falkc Chile Limitada (2024); C. con C. (2024); C.M.C. con Hospital Regional de Antofagasta (2016).

<sup>11</sup> En este sentido, V.S.A. con Fisco de Chile (2021); V. con Servicio de Salud de Concepción (2025).

<sup>12</sup> PERIN (2017), pp. 223-226. Esta misma distinción se hace en el fallo A.F.E. con Hospital de Quilpué (2020).

en relación con eventos adversos evitables, según las prácticas comúnmente aceptadas. La ley encomendó al Ministerio de Salud la dictación de dichos protocolos, lo que se materializó en la resolución exenta n.º 1031, que aprobó, en total, nueve de ellos<sup>13</sup>.

Frente a la existencia de protocolos, la responsabilidad se configura si se prueba que el personal médico o institucional se apartó de ellos<sup>14</sup>. Así se entendió en la sentencia de la Corte Suprema de 15 de abril de 2019, que estableció la responsabilidad por falta de servicio como consecuencia de la atención del traumatólogo que había recibido a un paciente con lesión ósea, accidentado y que no fue diligente en la detección de un compromiso vascular que llevó al paciente a la muerte, infringiendo uno de los protocolos aprobados por la resolución 1031<sup>15</sup>.

En la sentencia de reemplazo de la Corte Suprema, de 13 de noviembre de 2017, se entendió que había infracción a la *lex artis*, al no haber manejado a una paciente con aborto retenido, de acuerdo con el protocolo denominado “Orientaciones técnicas para manejo de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas”. En concreto, se reprochó al médico que, frente a un aborto retenido, no hubiese administrado el medicamento Misoпростrol por el tiempo indicado para evitar un sufrimiento innecesario a la

---

<sup>13</sup> Conforme a la citada resolución, son los siguientes: a) Protocolo n.º 1, establece protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de atención para ser aplicados a prestadores institucionales públicos o privados; b) Protocolo n.º 2, norma reporte eventos adversos y eventos centinela; c) Protocolo n.º 3, aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía; d) Protocolo n.º 4, análisis de reoperaciones quirúrgicas; e) Protocolo n.º 5, prevención de enfermedad tromboembólica de pacientes quirúrgicos; f) Protocolo n.º 6, prevención de UPP en pacientes hospitalizados; g) Protocolo n.º 7, reporte de caídas en pacientes hospitalizados; h) Protocolo n.º 8, pacientes transfundidos de acuerdo con protocolo; i) Protocolo n.º 9, programas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.

<sup>14</sup> Por el contrario, si se cumple el protocolo, es posible advertir que no hay falta de servicio. Véase P.U.C. y otra con Fisco de Chile (2024).

<sup>15</sup> S.C.C. con Mutual de Seguridad y otro (2019). Según la Corte: “Esta norma posibilitó la dictación de protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de atención de salud, entre los cuales destaca el Protocolo N° 1 aprobado por resolución exenta N 1.031 de 17° de octubre de 2012, que señala: ‘La seguridad del paciente es un componente fundamental de la atención de salud, constituye una actividad compleja ya que en ella se conjugan aspectos propios del sistema sanitario, condiciones del paciente y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos tanto del prestador institucional, prestador individual y del usuario, la eliminación de los innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad’. Dicho protocolo le hace exigible al médico un conocimiento relativo a los eventos adversos, es decir, a los riesgos asociados a los actos médicos que realiza, instándolo a un actuar ajustado a la previsión y evitabilidad de resultados de esta naturaleza”.

madre<sup>16</sup>. Y, en el fallo de la Corte Suprema, de 6 de diciembre de 2024, se compartió el criterio del tribunal de alzada, en orden a que la falta de servicio quedaba configurada al haber aplicado a la paciente, durante su parto, fórceps sin respetar las pautas de la Guía perinatal, del Ministerio de Salud<sup>17</sup>. Aunque también se ha afirmado la importante cuestión de que la desviación de los protocolos *per se* no configura infracción a la *lex artis*, si este no es exhaustivo<sup>18</sup>.

Al margen de la concurrencia de protocolos, la responsabilidad sanitaria se puede configurar si el médico falta en general a las pautas de la *lex artis*, en el diagnóstico como en el tratamiento o intervención de los pacientes<sup>19</sup>.

En cuanto a diagnósticos, una posibilidad de configuración de la falta de servicio es la falta total de diagnóstico por no practicar exámenes básicos que condujeran a detectar el padecimiento de la paciente<sup>20</sup>. Es lo que se razonó en la sentencia de la Corte Suprema, de 21 de agosto de 2024,<sup>21</sup> que configuró la falta de servicio al no haber practicado exámenes básicos a una paciente ingresada a urgencias que estaba cruzando un cuadro de bronquitis bilateral.

Una segunda posibilidad, es la configuración de la responsabilidad por diagnósticos tardíos<sup>22</sup>. Es lo que se resolvió en la sentencia de la Corte de Ape-

94

<sup>16</sup> Q.R.C. con Secretaria Regional Ministerial de Salud (2017). Dijo la Corte: “Que resultó un hecho no discutido y asentado en el fallo en alzada, que se administró M. a la demandante durante 12 días, esto es, entre el 24 de febrero y el 7 de marzo del año 2013, en circunstancias que los documentos analizados en el motivo precedente contemplan un aborto máximo de 72 horas para el tratamiento completo de evacuación uterina en caso de aborto retenido. En estrados, las partes refirieron un periodo de tiempo de 4 días, que aun resulta muy distinto a los 12 días que debió soportar la actora. El exceso de tiempo antes aludido configura, sin duda, una infracción a la *lex artis*”.

<sup>17</sup> M.O.L. con Hospital San Juan de Dios La Serena (2024).

<sup>18</sup> Es lo que se resolvió en M.G. y otro con Hospital Barros Luco Trudeau (2022); VALDIVIA (2019), p. 229 advierte la importante cuestión de que el examen de los protocolos permite la determinación de la culpa médica, pero no puede agotar el examen de la misma.

<sup>19</sup> La distinción ha sido admitida para evaluar la negligencia médica. Véase GUAJARDO (2005), p. 63 y ss.; JARAMILLO (2019), p. 61 y ss.; AEDO (2021a), pp. 91-92. Entre nosotros, ha sido empleada para la distinción de la responsabilidad por falta de servicio, entre otros, por CÁRDENAS y MORENO (2011), p. 87 y ss.; y, VALDIVIA (2019), pp. 231-236.

<sup>20</sup> Para la identificación de la categoría, se seguirá en este punto a VALDIVIA (2019), pp. 232-233.

<sup>21</sup> B.V.I. con Servicio de Salud de Coquimbo (2024).

<sup>22</sup> Esta tipología de casos también se encuentra en CÁRDENAS y MORENO (2011), pp. 89-90. La sentencia R.M.C. y otra con Servicio de Salud Metropolitano Central y otros (2025), hace una importante precisión, pues indica que el hecho que un tratamiento no surta efecto sobre la base de un diagnóstico obtenido de la sintomatología de la paciente no puede ser constitutivo por sí mismo de negligencia médica, en la medida que la verdadera patología pueda esconderse en sintomatología confusa. Por otro lado, agrega que la calificación de diagnóstico tardío constituye una carga de prueba para el demandante.

laciones de Antofagasta, de 12 de junio de 2024<sup>23</sup>. En la sentencia, se estimó la falta de servicio por haber diagnóstico a un menor con una hepatitis con cuarenta días de retraso, lo que, en definitiva, le provocó la muerte.

En general, la responsabilidad por falta de servicio se produce por diagnósticos erróneos<sup>24</sup>. Un buen ejemplo está representado por la sentencia de la Corte de Apelaciones de Temuco, de 8 de noviembre de 2024<sup>25</sup>. Se trataba de un diagnóstico erróneo que habría conducido a la omisión en la administración de un anticoagulante, que provocó en la paciente una trombosis pulmonar y su posterior muerte. En la sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción, de 12 de febrero de 2025<sup>26</sup>, se confirmó el fallo de primera instancia que había hecho efectiva la responsabilidad del médico y, por tanto, del hospital demandado, por no haber diagnosticado en forma oportuna la enfermedad de pancreatitis, pese a que la paciente presentó, por tres días, exámenes alterados, lo que la condujo a una muerte temprana. La sentencia de la Corte Suprema de 7 de abril de 2025, también rechazó el recurso de casación en el fondo en contra del fallo que había configurado la falta de servicio por infracción a la *lex artis* médica: se reprochó, en concreto, no haber diagnosticado adecuadamente la preeclampsia de una paciente que padecía de obesidad mórbida y era insulino dependiente<sup>27</sup>.

En cuanto a defectos en el tratamiento o intervención de pacientes, debe distinguirse entre falta de tratamiento, tratamiento tardío y tratamiento defectuoso<sup>28</sup>.

Un ejemplo de falta total de tratamiento se encuentra en la sentencia de la Corte Suprema, de 6 de febrero de 2024<sup>29</sup>. Se trataba de un paciente diagnosticado con cáncer testicular que no recibió tratamiento alguno, lo que

<sup>23</sup> N.C.T. y otro con Instituto de Neurocirugía y otro (2024).

<sup>24</sup> Véase CÁRDENAS y MORENO (2011), p. 90.

<sup>25</sup> M.V.C. y otros con Servicio Salud Araucanía Sur (2024). Véase, en el mismo sentido, W. con Fisco de Chile (2024).

<sup>26</sup> S. con Servicio de Salud de Arauco (2025).

<sup>27</sup> V. y otro con Servicio de Salud de Concepción (2025). Como señaló la Corte: "...el servicio no adoptó las medidas de resguardo necesarias para la adecuada monitorización de la evolución del embarazo, en una paciente que tenía los diagnósticos antes indicados, además de otros factores de riesgo relacionados con su peso y tamaño del feto, de todo lo cual se sigue que, conforme acertadamente viene resuelto, ha incurrido en una falta de servicio que hace nacer la responsabilidad indemnizatoria. Conforme a lo anteriormente razonado, no se observa que los sentenciadores del grado hubieren incurrido en los yerros jurídicos que se atribuyen al fallo, motivo por el cual el recurso de casación en el fondo no podrá prosperar, atendida su manifiesta falta de fundamento".

<sup>28</sup> Una sistematización distinta se ofrece en CÁRDENAS y MORENO (2011), pp. 90-109; VALDIVIA (2019), pp. 234-235. Mientras que la de Hugo Cárdenas y Jaime Moreno es casuística, José Valdivia presenta una sistematización analítica, a partir de una tipología en particular (error de tratamiento).

<sup>29</sup> T.T.M. y otros con Servicio de Salud de Atacama (2024).

lo condujo a la muerte. En cuanto a tratamiento tardío, puede citarse como ejemplo el resuelto por la sentencia de la Corte de Apelaciones de La Serena, de 18 de marzo de 2024<sup>30</sup>, se constató la falta de servicio por una intervención tardía del paciente (aquejado de un tumor benigno, pero muy agresivo, denominado colesteatoma), que se tradujo en la pérdida total e irreversible de la audición del oído afectado.

En lo que respecta a tratamientos erróneos o defectuosos, pueden encontrarse varios ejemplos. En la sentencia de la Corte Suprema, de 16 de enero de 2025, se desechó el recurso de casación que se había intentado en contra de la sentencia de segundo grado, que hizo efectiva la responsabilidad del hospital por no haber ponderado el personal médico las comorbilidades del paciente, retardando la intervención de un broncopulmonar, lo que condujo a la muerte del paciente<sup>31</sup>. En el fallo de la Corte Suprema, de 14 de enero de 2025, se estableció la responsabilidad por falta de servicio de la institución de salud, por la falla en la *lex artis* de la anesthesióloga, que provocó serios daños en la paciente en el proceso de intubación, pese a que el equipo médico conocía las particulares condiciones morfológicas de este<sup>32</sup>. En la sentencia de la Corte Suprema, de 2 de diciembre de 2024<sup>33</sup>, se estableció la responsabilidad por falta de servicio por no haber otorgado a la paciente el apoyo terapéutico requerido. La paciente, adulta mayor, había ingresado con síntomas de neumonía. Pese a que se había anotado en la ficha clínica la necesidad de eliminar secreciones regularmente, la paciente falleció al día siguiente, al no habersele otorgado la atención requerida.

En todos los casos analizados, la configuración de la responsabilidad sanitaria se establece considerando al médico como un órgano, es decir, una persona natural a quien se atribuye competencia para desarrollar la actividad propia de la institución de salud<sup>34</sup>. En la falta de servicio, el enfoque orgáni-

---

<sup>30</sup> A. con Servicio de Salud de Coquimbo (2024).

<sup>31</sup> N.V.H. y otros con Servicio de Salud Talcahuano y Hospital las Higueras (2025). Un caso similar de falta de servicio por intervención defectuosa, al no considerar las condiciones de la paciente, en la sentencia H.L. con Servicio de Salud de O'Higgins (2024) y en el fallo D. con Servicio de Salud Araucanía Sur (2024).

<sup>32</sup> A.A.M. con Servicio de Salud Metropolitano Oriente (2025). En un caso similar, C. con Servicio de Salud de Valdivia (2024), se consideró que había falta de servicio al tener el hospital demandado un anestesista que carece de acreditación de especialidad.

<sup>33</sup> S.L. y otra con Servicio de Salud de Talcahuano (2024).

<sup>34</sup> En este sentido, por ejemplo, S. con Hospital Regional de Antofagasta (2025). Según la Corte: "Así, los sucesos a que se refiere la presente causa tienen la connotación necesaria para ser calificados como generadores de responsabilidad, puesto que se desarrollan en el contexto de la prestación de un servicio público, a través de agentes que se desempeñan en un hospital estatal, los que en ejercicio de sus funciones deben proveer las prestaciones médicas necesarias y oportunas al paciente, de forma tal que se debe evitar exponerlo a riesgos innecesarios, sin escatimar esfuerzos para ello, sobre todo porque se cuenta con equipo téc-

co y funcional, funda el juicio de responsabilidad del Estado por falta de servicio, descartando la responsabilidad por hecho ajeno<sup>35</sup>.

Ahora bien, la responsabilidad sanitaria de los organismos públicos se establece aun cuando la modalidad sea la de libre atención, mediante bono PAD<sup>36</sup>. En la sentencia de la Corte Suprema, de 31 de mayo de 2022<sup>37</sup>, se resolvió la demanda que se había intentado en contra del Servicio de Salud de Coquimbo, que había alegado la falta de legitimación pasiva, en la medida que el paciente había escogido el médico tratante mediante el referido bono PAD. El fallo citado, acogiendo el recurso de casación, anuló la sentencia de la Corte de Apelaciones de La Serena y en sentencia de reemplazo, acogió la demanda. En la sentencia de casación, dijo la Corte:

“Que, en ese orden de ideas, queda de manifiesto que la modalidad de libre elección, no libera al recinto hospitalario de su responsabilidad en la atención de salud pues, si bien, constituye un valor que puede ser considerado un beneficio en la relación médico paciente, igualmente, debe subordinarse al bien común que establece el derecho a una atención equitativa y universal de los usuarios independiente del contrato en virtud del cual ingresan al recinto hospitalario”.

#### b. Responsabilidad civil por infracción del deber de informar

En el derecho chileno, para determinar su extensión, se debe estar a la regulación que contemplan los arts. 10 y 14 de la Ley n.º 20584, normas que, siguiendo a Darío Parra, ponen como eje articulador la autonomía del paciente<sup>38</sup>. La información básica que tiene derecho a recibir un paciente, según Julio Galán, sería la de informar el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, de la forma o medios, y del fin del tratamiento médico, así como de sus consecuencias seguras y posibles y todas aquellas que puedan incidir en la decisión del paciente<sup>39</sup>. En el fallo de casación de la Corte Suprema, de

---

nico y profesional para llevar a cabo tal labor”. Véase también S.U.M. con Hospital de Concepción (2018).

<sup>35</sup> Para este problema, véanse VALDIVIA (2006), p. 133 y ss.; VALDIVIA (2021), p. 199 y ss. Véase, como ejemplo, para descartar la responsabilidad por el hecho ajeno, C.H.E. con Fisco de Chile (2012).

<sup>36</sup> Mediante el referido bono, los pacientes pueden elegir la modalidad de atención, el recinto y el médico tratante, siempre que se cuenta con convenio vigente con Fonasa.

<sup>37</sup> M.O.A. y otro con Servicio de Salud de Coquimbo (2022).

<sup>38</sup> PARRA (2018), p. 332. Véase también PARRA y RAVETLLAT (2019), p. 217.

<sup>39</sup> GALÁN (2020), pp. 878-879. Para el derecho chileno, véase BRANTT (2008), pp. 505 ss.; DE LA MAZA (2010), p. 89 ss.; HERNÁNDEZ y CHAGUÁN (2021), pp. 19-20.

25 de julio de 2023, se estimó que no es suficiente para liberar la responsabilidad por falta de servicio la suscripción, por parte de la paciente, de un documento genérico, si no se le ha explicado de manera suficiente, oportuna, adecuada, comprensible, atendidas las características del paciente y veraz<sup>40</sup>.

En cuanto a la jurisprudencia, aunque pueda hacerse un análisis inicial en este lugar, el repaso de algunas sentencias da cuenta que, aunque no se afirme de manera directa que la obligación de proporcionar información sea de resultados, sí se ha hecho operar una alteración de la carga probatoria, en la medida que, acorde con la Ley n.º 20584, se exige al médico acreditar que el riesgo no informado era atípico y, por tanto, no debía informarse conforme al art. 4 de la ley<sup>41</sup>. Así, si se acredita que la complicación era un riesgo propio de la intervención (no derivado de la mala praxis) y que este fue oportunamente informado al paciente, no puede afirmarse la responsabilidad médica por infracción del deber de informar<sup>42</sup>.

Álvaro Vidal advierte que debe tenerse en consideración el inciso final del art. 14 de la Ley n.º 20584, que contempla una presunción en favor del médico. En efecto, siempre que conste la firma del paciente en un documento en el que se prestó la información, corresponderá al paciente prestar la información adicional<sup>43</sup>.

98

### c. Responsabilidad civil por falla en la organización

La responsabilidad civil por falta de servicio también se configura cuando el daño se causa por una falla en los procesos organizativos de la institución, sin

---

<sup>40</sup> C.A.G. y otro con Servicio de Salud de Chiloé (2023). En el caso la paciente ingresó al servicio de urgencias con contracciones. Fue atendida por el médico de turno. La paciente le pidió retornar a su hogar y el médico le hace firmar un consentimiento informado, sin advertirle las secuelas que pudieran derivar de una falta de atención oportuna. En efecto, la paciente fue, en definitiva, atendida y se le practicó una cesárea de la que resultó la muerte de su hijo y graves secuelas para ella. La Corte de Apelaciones de Puerto Montt había revocado el fallo de primera instancia, y rechazado la demanda, atendido el consentimiento informado, pero la Corte Suprema casó la sentencia.

<sup>41</sup> Así se estimó en el fallo W.M.C. con V.G.H.P. (2011). Véase, también, la sentencia de la F.C.Y. con Hospital Clínico de la Fuerza Aérea (2020) y E. con F. y Servicio de Salud de Valparaíso (2020). La exigencia de información a los riesgos típicos es un aspecto recogido también, por ejemplo, en la jurisprudencia española. Véanse, por ejemplo, los interesantes casos señalados por GALÁN (2020), pp. 904-906.

<sup>42</sup> Véase P. con D.R. (2023). Se trataba de una paciente a la que se había practicado una lipotransferencia a la zona glútea que tuvo como complicación una miositis oscificante, debidamente informada. En este sentido véase DE LA MAZA (2010), p. 99. Para el alcance del deber de informar y los problemas que derivan del consentimiento hipotético, véase AEDO (2023), p. 749 y ss.

<sup>43</sup> VIDAL (2018), pp. 60; 68-70. Véase, en este sentido, fallo V. con Servicio de Salud de Concepción (2025).

que deba individualizarse un órgano o funcionario directamente responsable<sup>44</sup>.

El caso emblemático son las IAAS. Las referidas infecciones y el deber de seguridad que envuelve para los establecimientos de salud han sido establecidos por el art. 4 de la Ley n.º 20584. En este sentido, el Ministerio de Salud cuenta con una serie de normativas asociadas a la prevención y control de dichas infecciones (IAAS)<sup>45</sup>. En particular, conviene tener presente la norma técnica n.º 225. Entre otras materias, la norma referida exige a cada institución de salud contar con un PCI, que debe contener, entre otros aspectos: prácticas de control y monitoreo de infecciones, la recomendación de medidas de control y prevención, contenidos técnicos para la capacitación del personal de salud en materia de IAAS y, en general, el desarrollo de directrices estandarizadas de actuación frente a las IAAS. La norma, además, establece cuáles son las directrices técnicas que al menos deben contener los PCI: precauciones estándares (lavado de manos, esterilización de implementos, etc.); profilaxis, entre otras<sup>46</sup>.

La normativa en cuestión permite advertir que las infecciones intrahospitalarias no siempre son evitables, pero la cuestión relativa a la falta de servicio se configura por la falla en la adopción de las medidas de cuidado y control que demanda un estándar de culpa<sup>47</sup>, de manera que la institución ha adoptado las medidas técnicas apropiadas, la sola existencia de una IAAS no importa responsabilidad<sup>48</sup>.

---

<sup>44</sup> Como señala Fabián Huepe, la falta de servicio producida por una falla estructural del servicio, se traduce en que lo determinante en el hecho dañoso se ha producido porque: a) ha fallado la infraestructura del servicio; b) falta de equipamiento necesario para la atención o c) falta de las condiciones sanitarias necesarias para la atención del paciente. Véase HUEPE (2012), p. 138.

<sup>45</sup> Las infecciones intrahospitalarias son las contraídas por el paciente en el recinto hospitalario con ocasión de una intervención médica, sin que puedan atribuirse al riesgo del desarrollo. Véase, para esta cuestión TOCORNAL (2010), p. 455.

<sup>46</sup> Además, se contempla normativa específica, asociada a, por ejemplo, la esterilización y desinfección (Norma Técnica N° 199, aprobada por resolución exenta n.º 340, de 9 de marzo de 2018 o Normas de manejo de brotes de diarreas por *Clostridium difficile*, circular n.º 30, de 24 de septiembre de 2013, entre muchas otras.

<sup>47</sup> En este sentido, para configurar la falta de servicio, véase C. con Servicio de Salud de Talcahuano (2024). En un sentido similar, N.V.H. y otros con Servicio de Salud Talcahuano y Hospital Las Higueras (2024).

<sup>48</sup> Es lo que se resolvió en la sentencia A. con A. y otro (2025): “En ese entendido, el hospital demandado adquirió una obligación de medios, mediante la cual debía realizar su mayor esfuerzo para evitar el surgimiento de algún proceso infeccioso y en caso que ello ocurra a pesquisarlo y tratarlo oportunamente, para lo cual debe generar protocolos de actuación conforme a la normativa técnica emanada de la autoridad sanitaria y preocuparse que se dé cumplimiento a los mismos en el centro asistencial, siendo claro que se encuentra imposibilitado físicamente, atendido el estado actual de la ciencia, de evitar a como dé lugar el curso

Al margen de este caso paradigmático, puede citarse la sentencia de la Corte Suprema, 1 de febrero de 2022. En el caso se compartió el criterio de los jueces de fondo, que habían considerado que había falta de servicio al diagnosticar tardíamente al paciente y no intervenirle con ventilación mecánica a tiempo, lo que le provocó serios daños neurológicos al paciente, dejándolo en un estado de postración<sup>49</sup>.

*2. En contra de qué institución puede hacerse efectiva  
la responsabilidad institucional por negligencia médica:  
diversos supuestos*

a. Responsabilidad de los servicios de salud  
y hospitales autogestionados

a.1. Regulación de la relación entre servicio de salud  
y hospitales autogestionados

En primer término, la gestión de los centros hospitalarios en Chile corresponde a los servicios de salud que, conforme al art. 16 del DFL n.º 1, se trata de organismos estatales, descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio a quienes debe dirigirse, en consecuencia, la acción de responsabilidad civil por falta de servicio en la prestación de servicios sanitarios, conforme lo prescribe el art. 38 de la Ley n.º 19966. Ello no obsta a que, en los casos previstos en el art. 31 del DFL n.º 1 y 10 y siguientes del Decreto n.º 38, el Servicio de Salud pueda delegar la gestión en organismos denominados autogestionados, que serían, en consecuencia, los legitimados pasivos de la acción de responsabilidad, pues se trataría de organismos desconcentrados, con arreglo al art. 33 de la misma norma<sup>50</sup>.

a.2. La aproximación al problema en la doctrina

Entre nosotros, la doctrina ha estimado que el Servicio de Salud carece de legitimación pasiva para ser demandado si se está en presencia de un hospital autogestionado, de modo exclusivo y excluyente. Es la tesis de Urbano Marín y Danae Frings. El argumento principal es que dicha legitimación corres-

---

de algún proceso infeccioso. Es claro que la responsabilidad derivada para la organización por este tipo de procesos infecciosos no es de carácter objetiva, sino que, siendo la obligación del Hospital una de medios, para responder civilmente sigue siendo necesario al menos actuar con culpa o negligencia, pues se mantiene el sistema de responsabilidad por falta de servicio, siendo necesario, en consecuencia, que se hayan adoptado las medidas antes referidas". En un sentido similar, M.G. con Servicio de Salud (2024).

<sup>49</sup> C.V.P. con Hospital Base Linares (2022).

<sup>50</sup> Para las características de los hospitales autogestionados, véase MARÍN y FRINGS (2017), pp. 36-38.

ponde al hospital, porque la delegación que prevé las normas en análisis no son consecuencia de un acto administrativo revocable emanado de la jefatura superior del Servicio, sino que se trataría de un efecto directo e inmediato derivado del otorgamiento de la calidad de establecimiento autogestionado, conforme lo prescriben los arts. 25 del Decreto n.º 38 y 36 del DFL n.º 1<sup>51</sup>.

En un sentido similar, Carolina Carvajal ha argumentado que la desconcentración, figura administrativa de delegación de potestades propia entre dos entes que comparten la personalidad jurídica, presenta tres características especiales tratándose de hospitales autogestionados. En primer lugar, indica, se les delegó la representación judicial y extrajudicial del hospital; en segundo lugar, los arts. 42 y 43 del DFL n.º 1, les dotó de un patrimonio de afectación y, en tercer lugar, la ley les asignó un presupuesto propio, distinto del aprobado para el Servicio de Salud, conforme al art. 36, letras d y e del citado DFL. Todos estos rasgos hacen equivalentes para la autora la desconcentración operada en los hospitales autogestionados a un fenómeno de descentralización, con lo cual el Servicio de Salud no puede considerarse legitimado pasivo<sup>52</sup>.

La tesis ha sido criticada por Hugo Cárdenas, quien piensa que conferir legitimación pasiva a los hospitales autogestionados sobre la base de una suerte de personalidad jurídica delegada constituye una sobreinterpretación del art. 36 del DFL n.º 1, que se limitó a consagrar la representación del hospital. El argumento relativo al presupuesto propio con el que contarían los hospitales autogestionados es rebatido por Hugo Cárdenas en orden a que, si bien cuentan con dicho presupuesto, este debe ser presentado al director del Servicio de Salud respectivo para que a su vez lo remita al subsecretario de Redes Asistenciales, agregando que, en definitiva, dicho presupuesto autónomo es aprobado por el director del servicio. Y en cuanto al patrimonio de afectación, Hugo Cárdenas estima que no puede configurar una autonomía para ser demandado, dado que el art. 43 dispone que el hospital autogestionado cuenta con los bienes del Servicio, para la satisfacción de los fines propios del hospital, de donde se obtiene que la propiedad es del Servicio<sup>53</sup>.

<sup>51</sup> MARÍN y FRINGS (2017), pp. 38-39; 41.

<sup>52</sup> CARVAJAL (2014), pp. 145-146. Sostiene la autora: “El modelo de gestión hospitalaria seguido por la Ley de Autoridad Sanitaria que dispuso a los Hospitales Autogestionados integrando la persona jurídica del Servicio de Salud, pero dotándolos a la vez de personalidad jurídica delegada para el ejercicio de sus atribuciones, de un presupuesto y un patrimonio de afectación destinado al cumplimiento de sus fines propios, nos permite deducir que son los Hospitales Autogestionados quienes detentan la legitimación pasiva en las acciones de responsabilidad por falta de servicio así como la titularidad jurídica para responder patrimonialmente por las indemnizaciones compensatorias de perjuicios”.

<sup>53</sup> CÁRDENAS (2018), pp. 488-489.

A estos argumentos críticos agrega otros dos: el primero, que del análisis de las normas que regulan la desconcentración administrativa en el caso de hospitales autogestionados no se desprende ninguna característica que los distinga del régimen general de desconcentración, salvo en lo relativo a la autorización expresa para representar judicial y extrajudicialmente a los establecimientos de salud, de donde no puede seguirse un efecto en el ámbito de la legitimación. Un segundo argumento se relaciona con el principio de reparación integral, porque la condena al hospital autogestionado, que implicaría la responsabilidad con cargo al patrimonio de afectación, puede representar un obstáculo objetivo para la reparación del daño<sup>54</sup>.

En suma, si el hospital es autogestionado, un sector de la doctrina estima que las características de la regulación desconcentrada de los hospitales descartan la legitimación pasiva de los servicios de salud. Es la tesis de Carolina Carvajal, Urbano Marín y Danae Frings. Para Hugo Cárdenas, en cambio, por las razones aludidas, siempre debe demandarse al Servicio. Si el establecimiento no es autogestionado, debe demandarse y notificarse al director del Servicio. Si, en cambio, se trata de un establecimiento autogestionado, debe demandarse al mismo Servicio y notificarse al director del hospital autogestionado, quien debe, con arreglo al art. 36 del DFL n.º 1, poner en conocimiento personal del director del Servicio la demanda<sup>55</sup>.

102

### a.3. El problema a la luz de la jurisprudencia

Aunque la doctrina chilena plantea el problema en términos dicotómicos, es decir, la posibilidad de solo al Servicio de Salud o solo al hospital autogestionado, tres son las posibilidades que pueden presentarse a la luz de algunos ejemplos jurisprudenciales. Una posibilidad es demandar al Servicio de Salud, cuando el hospital es autogestionado. La otra posibilidad es demandar solo al hospital, pero hacer efectiva la responsabilidad patrimonial del Servicio (aunque no sea demandado) y la tercera, es demandar conjuntamente al Servicio y al hospital.

En algunos casos se ha resuelto que la demanda al Servicio de Salud y no al hospital autogestionado, no es obstáculo para acoger la pretensión. Desde esta perspectiva, salvo el aspecto procesal, aunque no menor del emplazamiento (demandar al Servicio, pero notificar al director del hospital), se sigue la tesis de Hugo Cárdenas.

Así se resolvió en la sentencia de la Corte Suprema, de 12 de julio de 2018<sup>56</sup>. Tanto la sentencia de primer grado como el fallo de la Corte de Apelaciones había rechazado la demanda por falta de legitimación pasiva. Casada la sen-

<sup>54</sup> CÁRDENAS (2018), pp. 492-493.

<sup>55</sup> *Op. cit.*, p. 498.

<sup>56</sup> T.F.B. con Hospital Santiago Oriente (2018).

tencia de segundo grado, en la sentencia de reemplazo se argumenta que la autogestión de hospitales en una red opera mediante el mecanismo de la desconcentración, conforme al art. 31 del DFL n.º 1, que implica un mecanismo legal de transferencia de funciones de un órgano superior jerárquico (en la especie, el Servicio de Salud), a otro inferior (el hospital en el que ocurrió la negligencia), agregándose que el Servicio de Salud se encuentra obligado a responder de los daños causados por los órganos de su dependencia, como ocurre con hospitales autogestionados, pues el sistema de desconcentración:

“no desliga al ente superior del quehacer de la autoridad inferior, sino que, por el contrario, en el contexto de una mayor (aunque no plena) autonomía, que permite a este último adoptar decisiones e iniciativas que de otro modo le estarían vedadas, le exige tutelar o supervigilar su actuación, permitiéndole, incluso, revocar las decisiones de este último [...] Por el contrario, la naturaleza de la delegación efectuada por el legislador de facultades de que trata y las exigencias asociadas a la actividad jerárquica del órgano superior, permiten sostener que éste se encuentra obligado a responder de los daños causados por el Establecimiento Autogestionado, por falta de servicio”.

Aparece en la sentencia citada dos argumentos relacionados, pero diferenciados. Por una parte, se argumenta que lo que fundaría la responsabilidad del Servicio de Salud sería una suerte de falta de control o supervigilancia en las labores del hospital en el que incurre la negligencia, lo que sería admitir una suerte de responsabilidad por el hecho ajeno por falta de servicio. Entonces, lo que no quedaría claro es si la falta de servicio se configura porque no se controló lo que ocurría en el hospital o porque se atribuye al Servicio de Salud la falta médica fundante de la demanda. Ello entronca con el segundo argumento, que plantea la cuestión desde la perspectiva de la garantía. Se trataría de una falta de servicio directamente comunicable al Servicio de Salud, pues la desconcentración no impide que se haga efectiva la indemnización en el patrimonio de dicho servicio<sup>57</sup>.

103

<sup>57</sup> Véase, en este sentido, el fallo Ll.C.M. con Servicio Salud O’Higgins (2024). También se razonó así en U.R.C. con Falc Chile Limitada (2024). En ambas sentencias se argumenta que corresponde a los servicios de salud responder pecuniariamente por los daños causados por los hospitales que forman parte de su red asistencial. Este último fallo es interesante porque reconstruye una jurisprudencia ya asentada en la Corte Suprema: “En autos se dio por establecido que los actores padecieron los efectos del dispositivo médico Meroctane, adquirido desde su origen por la empresa Falc Chile Limitada y utilizado por el Hospital Regional de Rancagua en sus intervenciones quirúrgicas, aplicación que fue la causante de la ceguera parcial sufrida por todos ellos, circunstancia que quedó en evidencia luego de que el Ministerio de Salud comunicara una Alerta Nacional y dispusiera el retiro del producto de las instituciones

También resulta interesante lo resuelto en la sentencia de la Corte Suprema, de 27 de septiembre de 2018<sup>58</sup>, en la que se rechazó el recurso de casación deducido en contra de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, por el que se acogió la demanda deducida esta vez en contra del hospital San Martín de Quillota y el Servicio de Salud de Quillota. El argumento de la Corte Suprema es que ambos forman la misma persona jurídica, puesto que los hospitales autogestionados son órganos desconcentrados, que no gozan de personalidad jurídica y patrimonio propio<sup>59</sup>. La condena a ambos fue *in solidum*, lo que resulta problemático, en la medida que dicha condena supone dos patrimonios y sujetos diferenciados que han intervenido en el daño.

#### b. Demanda civil intentada en contra de hospitales de las FF.AA.

Las instituciones de salud de las FF.AA. y las prestaciones de salud que estas otorgan, así como el acceso a las mismas, se encuentran reguladas en la Ley n.º 19465, que establece el sistema de salud de las FF.AA. Y, como se sabe, las Fuerzas Armadas son órganos fiscales, regulados en la Ley Orgánica Constitucional respectiva, n.º 18948, de modo tal que también le resulta apli-

104

en que se había comercializado. En este contexto y, respecto del Servicio de Salud de la Región de O'Higgins, esta Corte ha resuelto en otras oportunidades (a modo ejemplar, SCS rol n.º 12.560 2018, n.º 37.022 2019 y n.º 139.990 2020, entre muchos otros) que, como surge de la sola lectura del artículo 31 del DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, los Establecimientos Autogestionados en Red, como es del caso del Hospital Regional de Rancagua, son 'órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud', conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575, norma que, a su turno, prescribe que la desconcentración funcional se realiza 'mediante la radicación por ley de atribuciones en determinados órganos del respectivo servicio'. Así es posible afirmar, tal como ya se adelantó a propósito del arbitrio de nulidad formal que, tratándose de un órgano descentralizado, que cuenta con patrimonio y personalidad jurídica propia, el Servicio de Salud demandado se encuentra obligado a responder pecuniariamente de los daños causados por los hospitales que forman parte de la respectiva red asistencial, en tanto la desconcentración de que son objeto los establecimientos autogestionados en red corresponde, como se ha dicho, a un sistema de organización administrativa en cuya virtud se transfieren funciones y competencias resolutorias de un órgano superior de la administración pública a otro inferior modalidad conforme a la cual la autoridad inferior actúa bajo la dependencia jerárquica del órgano superior, el que imparte instrucciones y puede revocar las resoluciones del órgano inferior".

<sup>58</sup> L. con Hospital San Martín de Quillota y Servicio de Salud de Viña del Mar (2018).

<sup>59</sup> Según la Corte: "De lo expuesto se advierte con claridad, que en definitiva, el Servicio de Salud y el Hospital Autogestionado forman parte de la misma persona jurídico-administrativa (Servicio de Salud), desde que éste último no se trata de un ente descentralizado, sino sólo desconcentrado funcionalmente, manteniendo la obligación de ejecutar las acciones de salud conforme a los planes del Servicio al que correspondan, traducándose su autogestión en, justamente, administrar de manera individual los recursos que le son proporcionados, pero sin que ello lo desvincule de su calidad de integrante de la red de salud cuyo Gestor sigue siendo el Servicio de Salud".

cable la responsabilidad según el art. 4 de la Ley n.º 18575 o, lo que es lo mismo, el servicio público puede ser responsable por falta de servicio al desarrollar su objetivo de proporcionar atención de salud a los ciudadanos. La demanda, entonces, debe dirigirse en contra del fisco<sup>60</sup>, sin perjuicio de la responsabilidad del médico<sup>61</sup>.

En la sentencia de la Corte Suprema de 12 de mayo de 2022<sup>62</sup>, se rechazó el recurso de casación deducida en contra la sentencia de segunda instancia que había acogido la demanda en contra del hospital de la Fuerza Aérea por hecho ajeno. Se alegó que la demanda estaba mal entablada por cuanto el régimen aplicable era el de responsabilidad por falta de servicio. Aunque la Corte rechaza el recurso, hace la prevención de que dicha responsabilidad se rige por el citado art. 4. Como señaló la Corte:

“Que adicionalmente, cabe señalar que esta Corte concuerda con lo que se ha sostenido en prevenciones contenidas en fallos previos, en los que se afirma que en casos como el de la especie, la falta de servicio no ha de fundarse en el artículo 21 de la Ley N° 18.875 sino que más bien en el artículo 4 de la misma. El mencionado artículo 4 establece que ‘El Estado será responsable por los daños que causen los órganos de la Administración en el ejercicio de sus funciones, sin perjuicio de las responsabilidades que pudieren afectar al funcionario que los hubiere ocasionado’”.

105

Esta responsabilidad por falta de servicio de servicios sanitarios de las FF.AA. se configura aun cuando la atención haya sido en modalidad de libre atención. Así se resolvió en la sentencia de la Corte de Apelaciones de Antofagasta, que acogió la demanda dirigida en contra del hospital militar del norte. En contra del fallo se intentó recurso de casación en el fondo, rechazado por la Corte Suprema, de 20 de octubre de 2022<sup>63</sup>, por cuanto:

“El resultado dañoso en modalidad de libre elección sigue siendo imputable al Estado en la medida que el Hospital debe cerciorarse de las capacidades del profesional que realiza la intervención, asumiendo en calidad de falta de servicio los daños que se deriven de una mala praxis. Existe un funcionamiento defectuoso manifestado en la impe-

---

<sup>60</sup> Para la responsabilidad del fisco respecto de otros organismos asistenciales que carecen de personalidad jurídica, véase CÁRDENAS (2018), p. 481.

<sup>61</sup> Véanse C.L.N. y otros con Fisco de Chile (2025); G.B.P. con Hospital Militar de Santiago (2025); M. con Hospital Naval de Punta Arenas (2023).

<sup>62</sup> P.G.A. y otros con Fisco de Chile (2022).

<sup>63</sup> R. con P. (2022).

ricia del facultativo que opera en el recinto del Estado, siendo este responsable por la ausencia de verificación”.

c. Demanda en contra del servicio público  
y el funcionario médico

Sin perjuicio de lo anterior y de la acción de reembolso en contra del funcionario, nada obsta que puede demandarse conjuntamente al médico, por su responsabilidad personal. Esta es la manera en que se resolvió, por ejemplo, el asunto conocido por la Corte Suprema, en sentencia de reemplazo de 25 de abril de 2017<sup>64</sup>.

También es interesante la sentencia de la Corte Suprema, de 1 de junio de 2020<sup>65</sup>. En la causa la demandante había intentado la acción en contra del hospital clínico de la FACH y el médico que había practicado la atención, en sede extracontractual. A pesar de que el médico alegó que el estatuto de responsabilidad por falta de servicio importaría descartar la responsabilidad personal, al actuar como funcionario, la sentencia de primera como de segunda instancia, acogieron la demanda y condenaron a ambos demandados a pagar la indemnización de perjuicios, de manera simplemente conjunta. Deducido recurso de casación en el fondo, la Corte se pronuncia sobre el punto. Razona la Corte que la responsabilidad que se hace valer respecto del médico se sustenta en su obrar negligente que opera sin perjuicio de la configuración de la responsabilidad estatal:

“En efecto, no puede concluirse –como sostiene el impugnante– que conforme al derecho de repetición en contra del agente del Estado que consagra el art. 38 inciso 2º de la ley N° 19.966, en el evento que el órgano sea condenado por falta de servicio, siga necesariamente como consecuencia que la responsabilidad de dicho órgano absorba la responsabilidad del funcionario, y que éste no pueda ser demandado como responsable directo del daño, conjuntamente con el ente estatal”.

El fallo cuenta, además, con un voto disidente del ministro Sergio Muñoz, que estuvo por acoger el recurso y rechazar el cúmulo de responsabilidad en cuanto a la posibilidad de demandar conjuntamente al servicio de salud y el médico funcionario. En cambio, en la sentencia de reemplazo de la Corte Suprema de 29 de noviembre de 2024, se rechazó la demanda intentada en contra del médico y se condenó únicamente al hospital demandado, sin perjuicio de que el servicio público pudiese repetir en contra del funcionario<sup>66</sup>.

<sup>64</sup> C.J.E. con Servicio de Salud del Maule (2017).

<sup>65</sup> F.C.Y. con Hospital Clínico de la Fuerza Aérea (2020).

<sup>66</sup> Véase R.S.I. con Servicio de Salud de Coquimbo (2024).

## II. RESPONSABILIDAD DE CLÍNICAS Y ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS

Como en el caso de la responsabilidad por falta de servicio, los supuestos en que se hace efectiva la responsabilidad de las instituciones privadas de salud tienen como fundamento la culpa médica. Se esbozará aquí una sistematización centrada en lo institucional, por la divergencia de aproximaciones que ha supuesto hacer efectiva dicha responsabilidad. Se asumirá, en cualquier caso, que la referida responsabilidad se configura en los casos análogos de infracción a la *lex artis*, en el diagnóstico o tratamiento, así como en las fallas en el deber de información<sup>67</sup>.

### 1. Responsabilidad por hecho propio

#### a. La relación entre el médico y la clínica como orgánica

La responsabilidad por hecho propio puede contener diversas aproximaciones. La técnica apropiada para configurar dicha responsabilidad sería la de pensar la relación entre el médico y la clínica como orgánica. Conviene detenerse un momento en esta cuestión.

La idea de órgano se emplea en el derecho público para reflejar la relación entre las personas naturales y el Estado, en términos de atribución de consecuencias jurídicas. Un órgano es una persona natural, cuyo ámbito de acción queda determinado por la competencia y, en definitiva, por el principio de jurisdicción. La idea de órgano, en consecuencia, se ha mostrado extraordinariamente dúctil, en términos que la actuación del funcionario, dentro del radio propio de su competencia y en cumplimiento de la actividad propia del servicio público, permite atribuir la responsabilidad directa de este, por falta de servicio.

En el derecho privado, la idea de órgano se ha trasladado para describir las relaciones entre los representantes societarios y la sociedad, pero como en el derecho público, la idea orgánica se ha ampliado para explicar el funcionamiento de la persona jurídica<sup>68</sup>.

Por tanto, se puede reconocer al órgano de la sociedad (trasladable a cualquier persona jurídica de derecho privado), como una persona o un con-

<sup>67</sup> Véase, por ejemplo, C. con K. (2023); B. con Clínica Alemana de Santiago (2024). Si no puede afirmarse la negligencia médica, no es posible discutir la responsabilidad de la clínica. Véase, en este sentido, S.R. con Clínica Alemana de Temuco (2021). Para la responsabilidad de una clínica por infracción del deber de informar del médico, véase C.S.R. con U.E.J. y Pontificia Universidad Católica de Chile (2015).

<sup>68</sup> PUELMA (2003), p. 601; ALCALDE (2013), p. 138; VÁSQUEZ (2013), pp. 611-612; GUERRERO Y ZEGERS (2014), pp. 201-202.

junto de personas con atribuciones de imputar conductas a la sociedad y de participar en su organización, por disposición legal y contractual, cuando la ley lo admite supletoriamente. De manera que los representantes estatutarios de una sociedad –a diferencia de los representantes voluntarios– no expresan su propia voluntad; al contrario, son portadores de la voluntad de la persona jurídica<sup>69</sup>.

En efecto, la teoría del órgano concibe la persona jurídica como un ser con plena capacidad de obrar, que actúa por medio de sus miembros u órganos, de tal manera que los actos realizados por dichos órganos dentro del círculo de la competencia de cada uno de ellos valen o se consideran como actos de la persona jurídica, de manera que no existe ninguna intermediación. En cambio, según la teoría de la representación, la persona jurídica se piensa como un ser incapaz de obrar por sí mismo, que, a semejanza con lo que ocurre con los demás incapaces, necesita valerse de un representante<sup>70</sup>.

En definitiva, si un órgano actúa conforme a la competencia conferida, dentro del objeto social o el ámbito propio de la persona jurídica, puede atribuirse directamente la conducta dañosa a la persona jurídica<sup>71</sup>.

Analizado desde este punto de vista, es discutible que un médico pueda ser calificado, en el ámbito del derecho privado, de órgano, en el sentido formal del término. Hay, sin embargo, un camino que permitiría solucionar el problema. Por un lado, como indica Enrique Barros, la idea de órgano puede ser estrecha, de modo que la noción se ha ampliado para considerar como tales a cualquiera que tenga poder de representación<sup>72</sup>. En efecto, esta manera de concebir el órgano es plausible en los casos que se denomina *agency by stoppel*, es decir, aquel que, por mandato legal, tiene poderes de dirección, mando y representación que atribuye su consecuencia a la persona jurídica. Es lo que ocurre, por ejemplo, con el *Código del Trabajo*, en su art. 4.º. Cualquier persona que ejerza poderes de mando y dirección directa puede atribuir el resultado dañoso si, bajo su mando, el trabajador sufre un accidente de trabajo, por ejemplo. Pero en ausencia de norma que resuelva dicha cuestión, queda la duda de si la actividad médica (y el ejercicio de la medicina, en particular), supone o implica actos de “representación” de la persona jurídica.

Es la línea que sugiere la sentencia de reemplazo de la Corte Suprema, de 12 de julio de 2023<sup>73</sup>, en la que se atribuye el resultado de la negligencia médica en la atención de un parto a la clínica, sin considerar que dicha res-

<sup>69</sup> Esta es la posición de MARTORELL (1990), p. 101.

<sup>70</sup> DIEZ-PICAZO (1992), p. 70.

<sup>71</sup> ALESSANDRI (2005), p. 43; PIZARRO (2017), p. 124; BARROS (2020), pp. 202-203.

<sup>72</sup> BARROS (2020), p. 203.

<sup>73</sup> B.H.M. con H.H.C. (2023).

ponsabilidad se debe a la vulneración de deberes de cuidado distintos del médico<sup>74</sup>. En la sentencia de la Corte Suprema, de 31 de mayo de 2024, se considera que el actuar negligente de médicos dependientes de una clínica oftalmológica hace responsable directamente a la institución privada<sup>75</sup>. En términos análogos resolvió la cuestión la sentencia de reemplazo de la Corte Suprema, de 2 de marzo de 2021<sup>76</sup>. Y, en el fallo de la Corte de Apelaciones de Concepción, de 10 de octubre de 2024<sup>77</sup>, se hizo responsable a la clínica por la actuación de un neonatólogo a cargo de la UCI de neonatología, cuya conducta negligente provocó daños a la víctima.

#### b. Culpa organizacional

Varios autores han propuesto que, para configurar la responsabilidad de establecimientos privados de salud, puede recurrirse a la culpa organizacional. Como enseña Enrique Barros, a diferencia de la atribución de responsabilidad orgánica, que supone la adopción de decisiones de los órganos de representación, aquí se está en presencia de una falla en la adopción de medidas organizativas. Se agregan dos elementos de dicha culpa, en términos que no es necesario individualizar al sujeto causante de la falla organizativa, ni cuál

---

<sup>74</sup> Por ejemplo, se dice en el considerando tercero: “Que, en este contexto, la defensa y prueba de las demandadas, debió no sólo justificar que la bradicardia del feto fue temporal, sino además que se practicó un monitoreo médico y cardiofetal periódico con resultados normales y que la última etapa del parto fue también guiada por decisiones de profesionales al tanto de las particularidades de la paciente y su hijo. Sin embargo, no existe explicación en torno a cómo es que a las 12.44 la dilatación fue completa, en una paciente que desde las 9.50 hasta las 12.40 horas del mismo día, logró dilatación de ocho centímetros y con suministro de oxitocina. Más aun, llama la atención que el último registro de las 12.44 horas presenta una sobre escritura”. Se agrega: “Los antecedentes probatorios de la causa llevan a determinar que hubo infracción a la *lex artis* porque el parto normal ya no parecía razonablemente viable, desde que, momentos antes del alumbramiento, había comenzado un proceso de asfixia del feto que se mantuvo en el tiempo. Ni el médico tratante ni la clínica que recibió a la actora como paciente le brindaron la atención necesaria para que el niño naciera en condiciones mínimamente favorables. Ambos demandados incurrieron en la negligente conducta de dejar a la madre demandante sin supervisión médica, haciendo caso omiso a sus aprensiones como paciente, sin entregarle la contención e información que requería una mujer de 20 años de edad, que comenzaba por primera vez el trabajo de parto. Esta perjudicial tesitura será también considerada para fijar el monto de la indemnización que se le concederá a la demandante Betzie López de Maturana, como se dirá al momento de analizar los perjuicios causados”.

<sup>75</sup> C. con Clínica oftalmológica Ultravisión (2024). Se trataba de una paciente sometida a un tratamiento oftalmológico sin considerar sus enfermedades de base, como la diabetes, lo que contribuyó a que sufriera un desprendimiento de retina.

<sup>76</sup> O.T.K. con Clínica Antofagasta y otra (2021).

<sup>77</sup> C. con Clínica de la Mujer Sanatorio Alemán S.A. (2024). También se razona así, para desechar la casación interpuesta, en D.V.M. y otros con G.L.G. y Clínica Santa María (2024).

es el elemento preciso en la falla organizacional. Ejemplos típicos se producen, para el autor, en casos de daño ambiental en la responsabilidad de clínicas y hospitales por defectos organizativos<sup>78</sup>.

Álvaro Vidal ha sostenido que en el caso que la clínica no resguarde la paciente, incumpliendo deberes de seguridad y control de la actuación del médico, habría culpa organizacional, agregando que dicho régimen es contractual, en la medida que el paciente suscribe dos contratos, conexos, con el médico y con la clínica<sup>79</sup>. En suma, para Álvaro Vidal el tercer camino, que se examinará seguidamente, configuraría siempre culpa en la organización, equivalente a falta de servicio. Carlos Pizarro se muestra más estricto y, más acorde con la idea de Enrique Barros, entiende que la falla en la organización podría configurarse:

“si hay fallas en las directrices del establecimiento que puedan incidir en el personal médico o empleados, o por una infraestructura necesaria, pero ausente o aquella defectuosa, por ejemplo, en lo que se refiere a productos o instrumental que proporciona”.

En la línea de Carlos Pizarro, se pueden agrupar las sentencias por falla en la organización, al menos en cuatro grupos. Algunos casos configuran la falla en la organización por falta de vigilancia adecuada del paciente; en un segundo, por defectos en las instalaciones o en el instrumental médico, un tercero, por defectos o fallas en la información que debe proporcionarse al paciente y, un cuarto, por infecciones nosocomiales.

En cuanto a la falla en la atención o vigilancia al paciente, un buen ejemplo es el resuelto por la sentencia de la Corte Suprema, de 29 de enero de

<sup>78</sup> BARROS (2020), pp. 204-205. En los mismos términos se ha aplicado la idea de culpa organizacional por la sentencia P.G.J. con Tecma S.A. (2020), aunque para el ámbito de accidentes de trabajo: “Especial relevancia tiene en este punto la noción de culpa en la organización, traducida en la deficiente adopción de medidas técnicas, ya sea de seguridad o de otra índole, requeridas para evitar o minimizar el riesgo de accidentes y que evidencia precisamente en los procesos y mecanismos de control al interior de la empresa”.

<sup>79</sup> VIDAL (2018), pp. 99-102. En este sentido entendió la culpa organizacional el fallo C.V.S. con Inmobiliaria Oriente Limitada (2021), aunque resolviendo el problema por la vía aquiliana: “Que, en lo que toca a la responsabilidad aquiliana, la carencia de mecanismos de seguridad y protección devela, de manera inequívoca, la infracción de un deber general de cuidado respecto de terceros, que le era exigible en el cumplimiento de la labor empresarial. En otras palabras, la demandada desarrolló su actividad empresarial de manera deficiente, incumpliendo estándares mínimos de seguridad. A su turno, dicho actuar culpable propició el daño causado a la víctima, siendo un hecho no debatido que el accidente sufrido por la actora en el mes de noviembre de 2016 le provocó diversas lesiones consistentes en hematoma de cuero cabelludo, heridas contuso-cortantes en región facial y cuero cabelludo, esguince cervical y traumatismo conducto auditivo oído izquierdo”.

2018<sup>80</sup>. En el caso se hizo efectiva la responsabilidad de la clínica por culpa organizacional, por no haber adoptado las medidas adecuadas de vigilancia respecto de una paciente psiquiátrica internada en la clínica demandada que, en definitiva, se suicidó<sup>81</sup>.

En el segundo grupo de casos que se han identificado, la responsabilidad se hace efectiva por fallas en las instalaciones, en el instrumental que permita tratar al paciente. En cuanto a lo primero, es representativa la sentencia de casación (rechazada), de la Corte Suprema de 31 de enero de 2018<sup>82</sup>. La responsabilidad de la clínica se hizo efectiva al carecer de una unidad de cuidados intensivos neonatal, ni proveer los insumos para que operara el monitor cardíofetal, lo que se habría traducido en daños neurológicos severos para el recién nacido. Un segundo ejemplo, es la sentencia de la Corte Suprema, de 10 de agosto de 2018, que rechazó el recurso de casación en el fondo que se intentaba en contra del fallo de segundo grado, que había acogido la demanda al no contar la clínica en la que había fallecido la hija de los demandantes recién nacida una unidad de anatomía patológica, que se habría traducido en un tratamiento poco respetuoso del cuerpo de la menor<sup>83</sup>.

<sup>80</sup> T. y otros con Inmobiliaria Clínica San Carlos S.A. y Servicios Clínicos San Carlos S.A. (2018).

<sup>81</sup> Como señaló en la sentencia: “Que despejado lo anterior, cabe preguntarse cómo se configura la culpa de la clínica en el caso de autos. Está claro y no es un hecho discutido que la demandante al ingresar a esta lo hace luego de haber padecido un intento suicida, por lo cual es diagnosticada a su ingreso con una serie de enfermedades psiquiátricas graves, y con la posibilidad de volver a atentar en contra de su vida nuevamente; para evitar esto, la misma aseguró que contaba con las medidas de seguridad suficientes para evitar que se produjeran estos hechos, entre ellas debía mantener una vigilancia permanente sobre los pacientes y en caso de riesgo tomar medidas adicionales como el traslado de habitación o la contratación de una auxiliar de enfermería individual; por lo cual se estima que si bien hizo esfuerzos por cumplir esta obligación fue negligente en primer lugar en el sentido de dejar a la paciente sin observación a través de las cámaras que se encuentran en las habitaciones de los pacientes más tiempo que el recomendable, para una persona que esa misma mañana había tratado de atentar nuevamente contra su vida habiéndolo esa vez evitado el personal de enfermería; en segundo lugar en dejarla sola en la pieza manteniendo una vía periférica en el antebrazo, sin representarse siquiera, bajo los estándares de este tipo de clínicas, que las personas que quieren cometer suicidio logran usar cualquier tipo de instrumento para hacerlo; y en tercer lugar, porque advertido por el personal de enfermería saliente que la paciente intentaría algo, no se tomaron medidas excepcionales, como la contratación de una auxiliar de enfermería individual o dar instrucciones de no dejar de mirar la cámara por menos minutos de diferencia que los aconsejables en general o no dejar la vía si la paciente iba a permanecer sola en la habitación. Con todo esto es claro que la clínica fue negligente para los estándares que se le pueden exigir y a los cuales ella misma se comprometió. De lo que no hay duda es que esta paciente en un solo día logró atentar contra su vida en dos oportunidades, sin que la Clínica pudiera evitar las consecuencias que el último atentado le significó a la demandante”.

<sup>82</sup> C.Y.R. y otro con Clínica Las Violetas y otro (2018).

<sup>83</sup> M.M.A. con Clínica de Salud Integral S.A. (2017).

En cuanto al instrumental defectuoso, en la sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago, de 20 de febrero de 2024<sup>84</sup>, se había sometido a la paciente a un procedimiento de ablación de fibrilación auricular que provocaron serias quemaduras en la paciente. Resulta interesante que en el fallo citado se reconozca que, pese a que el médico actuó de acuerdo con los parámetros de la *lex artis*, la responsabilidad de la institución se genera al no mantener equipos en condiciones adecuadas, no logrando ser acreditado un funcionamiento anormal, que no hubiese debido preverse<sup>85</sup>. Y, en el fallo de la Corte Suprema, de 25 de noviembre de 2019<sup>86</sup>, lo que se reprocha a la institución privada es no haber respetado el protocolo que regulaba la contabilidad de las compresas usadas en la intervención del paciente, desde que una de dichas compresas quedó dentro del cuerpo del paciente, sin que lo advirtiese el equipo médico. Desde luego, aquí la falla en la organización está vinculada estrechamente a una negligencia médica.

En el tercer grupo, relativo al deber de información, un caso es el conocido por la sentencia de la Corte Suprema de 6 de agosto de 2013<sup>87</sup>, que rechazó el recurso de casación en contra de la sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago, que acogió la demanda en contra de la clínica que incumplió con el deber de informar, oportuna y adecuadamente el diagnóstico de VIH del demandante. Nótese que, en el caso, no se está en presencia de negligencia médica alguna, pese a lo cual, se estableció la responsabilidad a partir de una infracción organizativa. Otro ejemplo se encuentra en la sentencia de reemplazo de la Corte Suprema, de 22 de agosto de 2024<sup>88</sup>, a propósito de

<sup>84</sup> S. con Hospital Universidad de Chile (2024).

<sup>85</sup> Razona en estos términos el fallo, en los considerandos noveno y décimo: “Que, sin embargo, esta prueba que exime de responsabilidad al médico, debe ser también analizada respecto del recinto hospitalario de acuerdo a la responsabilidad que le era exigible, esto es, la de entregar, proveer o suministrar equipos adecuados y sin desperfectos, para ser utilizados en las intervenciones médicas de pabellón, para lo cual además de establecer y acreditar la existencia y cumplimiento de un protocolo de chequeo de funcionamiento previo, debía demostrar la funcionalidad de tales equipos; o, que le asistía la eximente de responsabilidad por caso fortuito”. Se agrega en el décimo: “Que respecto a los mantenimientos, la Auditoría Clínica concluye que por ser máquina en comodato, no figuraba inventariado en la Unidad de Equipos Médicos, y aunque deja en claro que los mantenimientos se hacían por cuenta de la empresa que los entregó, por lo tanto dice “es muy probable que estas mantenciones hayan quedado registradas en dicha institución y no en el Hospital”, lo cierto es que al no aportar los registros de mantenimientos, no puede entonces acreditar que estos se hicieron convenientemente, desatendiendo su deber de control respecto de los equipos que utiliza”.

<sup>86</sup> P.C.A. con Clínica Santa María (2019).

<sup>87</sup> J. con Medi-Matic S.A. (2013).

<sup>88</sup> R.E.M. con Hospital Clínico Universidad de Chile (2024). Un caso similar es el resuelto en N.S.M. y otro con C.L.R. (2024), en que se condenó a la clínica por omisión del deber de información del médico relativo a la práctica de determinados procedimientos: “...desde que al momento que el mismo demandado reconoció como también fue dejado asentado en

la omisión en el deber de información. Se trata de una demanda en contra del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en que se había practicado una biopsia a la paciente, que había arrojado como resultado la existencia de un carcinoma, no informado oportunamente.

En cuanto al cuarto grupo, la falla en la organización también podría configurarse en el caso de infecciones nosocomiales en instituciones privadas y la falta de adecuada adopción de medidas de resguardo por parte de la clínica, como hemos analizado a propósito de la responsabilidad por falta de servicio<sup>89</sup>. Por ejemplo, en la sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción, de 23 de noviembre de 2022<sup>90</sup>, se estimó la responsabilidad de la clínica demanda al haber diagnosticado y tratado tardíamente la complicación derivada de una perforación intestinal sufrida por la paciente en una intervención quirúrgica, que derivó en una sepsis generalizada, sumado al contagio de una infección intrahospitalaria en la UCI, no controlada en tiempo oportuno.

c. Un tercer camino:  
la relación entre diferentes contratos

c.1. La base dogmática:  
efecto expansivo del contrato

Una segunda aproximación es distinguir contratos entre la relación médico-paciente y la relación clínica-paciente<sup>91</sup>. Como se verá, la conexión entre ambos contratos admite dos aproximaciones diferenciadas.

113

---

el juicio que el infarto medular sí es una complicación descrita en la literatura médica como riesgo en las operaciones de la columna cervical con graves consecuencias; circunstancias conocidas por el médico neurocirujano al momento de efectuar la intervención quirúrgica en la demandante, por lo que la torna en previsible y resistible y, por lo mismo, se encontraba el especialista en la necesidad de remediarla en forma oportuna, lo que justamente no ocurrió en el caso de autos, ya que las decisiones adoptadas en la misma operación y en el post operatorio fueron tardías para efectos de evitar las consecuencias de dicha complicación; máxime si existe una descripción precisa de una complicación antes que pueda practicarse una intervención quirúrgica, mal puede invocarse la imprevisibilidad, más aún en un especialista”.

<sup>89</sup> En este sentido, véase, por ejemplo, M. con Clínica del Elqui (2024).

<sup>90</sup> M.A.L. y otro con Clínica Universitaria de Concepción S.A. (2022).

<sup>91</sup> Esta aproximación tiene importantes consecuencias, por cuanto requiere configurar la existencia de los dos presupuestos de la responsabilidad contractual, respecto de los dos demandados, médico e institución sanitaria privada [para esta cuestión véase AEDO (2021b), pp. 52-53]. Así se razonó en la sentencia C. con B. (2024). Se trata de una demanda dirigida en contra de un radiólogo que había diagnóstico erróneamente la ausencia de signos de cáncer mamario en la paciente, a partir de la radiografía practicada. La demanda había sido dirigida en contra de Imatec Salud Ltda., pero la Corte estimó que no podía acogerse la demanda, pues la prestación médica había sido otorgada a través de otra persona jurídica y no la demandada; por tanto, al no haber contrato celebrado entre las partes, la demanda no podía acogerse por la vía contractual.

Como ha destacado la doctrina, debe distinguirse el efecto relativo (en el que operan los efectos directos del contrato, es decir, el efecto obligatorio)<sup>92</sup>, del denominado efecto expansivo. Como explica Álvaro Vidal, el efecto absoluto se relaciona con el contrato no entendido este como norma o relación jurídica, sino como hecho social. Respecto de los terceros que no han concurrido, el contrato es oponible, porque en tanto hecho jurídico para ellos, el pacto debe ser respetado. Existe, como señala el autor, una eficacia indirecta del contrato, de carácter pasivo, de tolerancia que toca a los terceros<sup>93</sup>. En consecuencia, desde la perspectiva del efecto absoluto del contrato, este es oponible a los terceros, en el sentido indicado. El mecanismo de protección para esos terceros es la inoponibilidad. Según Arturo Alessandri, Manuel Somarriva y Antonio Vodanovic, se trata de una sanción de ineficacia en sentido estricto y se la define como:

“La sanción legal que consiste en el impedimento de hacer valer, frente a ciertos terceros, un derecho nacido de un acto jurídico válido o de uno nulo, revocado o resuelto”<sup>94</sup>.

114 Siguiendo a Jorge López Santa María, el efecto expansivo se puede invocar para extender las reglas de responsabilidad contractual entre un extremo de la cadena contractual y otro<sup>95</sup>. Christian Larroumet admite este caso como uno de responsabilidad contractual<sup>96</sup>. Ello se presenta en los casos en los que contratos que conservan su autonomía y propia causa, sirven, sin embargo, a un mismo propósito económico<sup>97</sup>.

Parece que esta es la base dogmática para atender al encadenamiento contractual, que tiene dos aproximaciones diferenciadas.

<sup>92</sup> DOMÍNGUEZ (1984), p. 153.

<sup>93</sup> VIDAL (2006), pp. 555-556.

<sup>94</sup> ALESSANDRI, SOMARRIVA Y VODANOVIC (2005), p. 353.

<sup>95</sup> LÓPEZ (2010), pp. 161-162. Señala: “La doctrina y la jurisprudencia comparadas admiten, cada vez con menos reservas, que cuando existe un grupo de contratos caben acciones indemnizatorias, en sede contractual, dirigidas por un demandante contra un demandado que, entre ellos, no celebraron contrato alguno. Esto significa un tremendo deterioro para el principio del efecto relativo de los contratos. Es que, en verdad, al lado del efecto relativo (*res inter alios acta*), existe el efecto absoluto o expansivo de los contratos”. En el mismo sentido, LÓPEZ Y ELORRIAGA (2017), pp. 396-397.

<sup>96</sup> LARROUMET (1993): “En efecto, en virtud del vínculo que existe entre dos o varios contratos, como la víctima del daño es parte en uno de estos contratos, pero no en aquél que originó la obligación a cargo del deudor que no cumplió o cumplió mal, se debe admitir que el deudor no puede estar obligado para con la víctima de una manera diferente de aquella con la cual está obligado para su cocontratante inmediato”.

<sup>97</sup> Véase MAZZON (2019), pp. 20-21

## c.2. La dualidad de contratos

Por un lado, se ha estimado que el contrato que une a la clínica con el paciente le exige adoptar medidas de seguridad en favor de él. De este modo, se configuraría una doble negligencia; por un lado, la del médico, cuyo daño al paciente se produce por la infracción a la *lex artis*; por otro, la de la clínica, que no atendió a esos deberes de seguridad y control de la actividad del médico. Es lo que se razonó en la sentencia de reemplazo de la Corte Suprema, de 25 de marzo de 2025<sup>98</sup>. También se razonó en estos términos en el fallo de casación, rechazado, de 12 de junio de 2018<sup>99</sup>.

---

<sup>98</sup> O.F. y otros con B.V. y otros (2025). Se dice en ese fallo, lo siguiente: “En esta línea de razonamiento, la Clínica también es responsable del abandono sufrido por la actora, al encontrarse esta última hospitalizada en dependencias del recinto médico y bajo el cuidado del personal de la misma clínica, por cuanto a pesar de que la paciente reseñó los síntomas que sentía durante 6 días, lo que fue consignado por las enfermeras en las hojas de atención, no se le realizó el examen necesario, oportunamente, para pesquisar las complicaciones post operatorias y, por esa omisión, se extendió el padecimiento de la demandante de manera innecesaria, sin que en autos la demandada rindiera prueba que acreditara el empleo de la debida diligencia en el cumplimiento de su obligación de cuidado y seguridad de la paciente, o siquiera alguna actuación que pudiese impedir el nocivo resultado que ha sido demostrado; constituyéndose –de esta manera– en el hecho culpable que configura la procedencia de la acción indemnizatoria en contra de la Clínica”. Y se agrega: “Lo mismo respecto de la Clínica, incumplió con su obligación de brindarle cuidado y seguridad a la paciente internada por largos meses en sus dependencias, como se explicó en el considerando precedente”.

<sup>99</sup> M. con Clínica del Maule (2018): “Que, en lo tocante a las infracciones de derecho denunciadas, la sentencia cuestionada, luego de establecer la existencia de una relación contractual entre los actores y la clínica demandada, reflexiona en su motivación décimo tercera respecto al incumplimiento imputado a la recurrente en los siguientes términos: Que la Clínica del Maule incurrió en incumplimientos contractuales que no la exoneran de responsabilidad por los perjuicios sufridos por los demandante, toda vez que no observó los deberes de diligencia en el control del personal que integra su equipo de trabajo, infraestructura e instalaciones. En efecto, la responsabilidad de la demandada comienza con el ingreso a sus dependencias del equipo médico que atendió al menor, desde que la clínica acepta que los prestadores de servicios de salud atiendan a sus pacientes en sus instalaciones, obteniendo utilidades y posicionándose comercialmente en el mercado de la salud privada, de modo que resultad el todo lógico que también asuma la responsabilidad por las negligencias, descuidos, y actos ilícitos que ellos cometan”. En el mismo sentido, T.A.C. y otros con S.D.J.y otra (2022): “Los argumentos esgrimidos en el recurso tienen por objeto sustentar que la Clínica cumplió todas las prestaciones a las que se obligó y que por el contrario se le está sancionando por un deber que no asumió. Luego, habiéndose controvertido el contenido del contrato que ligó a la clínica con los actores, el fallo en estudio estableció finalmente que el mismo involucró no solo servicios de alojamiento y facilitación de prestaciones médicas efectuadas por terceros sino que también incluía el deber de la Clínica de propender a la seguridad de los pacientes que se atienden en sus dependencias desde el ingreso hasta sus atenciones post operatorias, velando en definitiva por la salud de los pacientes en todas sus instancias. Esta obligación, de acuerdo a lo asentado por los sentenciadores, no se cumplió por la Clínica desde el momento en que se verificó una infracción a la *lex artis* en la atención del parto, motivo

Esta obligación se configura, incluso, cuando el paciente ha ingresado a sus recintos en modalidad de libre elección, por ejemplo, vía PAD de Fonasa. Así se resolvió en la sentencia de reemplazo de la Corte Suprema, de 13 de junio de 2024<sup>100</sup>.

Una consecuencia de esta perspectiva es distinguir el ámbito de la responsabilidad de cada uno de los demandados. Es lo que se deduce del fallo de la Corte de Apelaciones de Santiago, de 18 de abril de 2024<sup>101</sup>. En la causa se demandó al ginecólogo tratante de un parto y a la clínica en la que el médico intervino, por haber desatendido a la paciente después del parto, no obstante, había presentado claros signos de retener parte de la placenta en el útero, lo que le causó diversos daños. La Corte confirmó el fallo de primer grado, acogiendo la demanda en contra del médico, mientras que respecto de la clínica la víctima había celebrado una transacción previa. Ahora bien, dicha transacción solo pudo entenderse en la medida que la responsabilidad de la clínica podía diferenciarse de la propia del médico.

Por otro lado, se ha seguido un razonamiento similar al anterior, pero se ha considerado que se está frente a un contrato unitario, que comprende la prestación médica total. Esta línea se sigue, por ejemplo, en la sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción de julio de 2012<sup>102</sup>. Lo que se cuestionó, como en el caso anterior, es que la clínica demandada habría incumplido sus obligaciones de vigilancia, cuidado y seguridad –obligaciones emanadas del “contrato total de hospital u hospitalización” celebrado entre las partes– al permitir que el profesional médico realizara, en el recinto de la clínica, una

---

por la cual se declara su responsabilidad por los daños sufridos por los actores. Así entonces, a partir del incumplimiento asentado como hecho de la causa, no existe la infracción a la ley del contrato que postula el recurrente toda vez que su parte no ha sido condenada en virtud de un contrato del que no ha sido parte sino por no haber cumplido el propio que lo vinculaba con los actores”.

<sup>100</sup> V.H.J. y otra con Corporación Sanatorio Alemán y otro (2024).

<sup>101</sup> B. con S. y otro (2024).

<sup>102</sup> M.G.J.A. y otro con Corporación Sanatorio Alemán S.A. (2012). También se ha razonado así en P. con P. (2023): “Se debe apuntar a este respecto que la convención que se forma entre la paciente y el recinto hospitalario participa de los caracteres de un contrato de naturaleza sanitaria, no se trata de una simple hotelería o alojamiento. El ingreso al establecimiento se verifica con un fin preciso y determinado, que no es otro que recibir una prestación de salud y, en este caso, la realización de un procedimiento de cesárea. Desde esa perspectiva, a pesar de que el médico tratante no sea un empleado o dependiente de la clínica –como ocurre en este caso–, no deja de ser cierto que no es un tercero extraño a ella. Antes bien, existe una asociación entre la una y el otro, generadora de un innegable vínculo jurídico, de manera que mientras la clínica pone disposición del profesional sus instalaciones y logística, este ejecuta la prestación médica profesional y personal en coordinación con aquella. De ahí que pueda sostenerse que esta segunda demandada contrae también un deber de seguridad con la paciente y que asume el riesgo de la legítima actividad empresarial que ejecuta, de lo que se sigue que debe también responder del daño causado”.

cirugía cerebral innecesaria y que fruto de su grave e inexcusable error de diagnóstico, le causó secuelas permanentes (2.º). La sentencia dispuso, en definitiva:

“el actor ingresó al Sanatorio Alemán con compromiso de conciencia y con antecedentes de enfermedad de Crohn, siendo atendido en urgencia por varios médicos, se le practica un TAC de cerebro, sugiriente de principio de infarto cerebral con compromiso expansivo, edema, se ordenan exámenes, se plantea cirugía cerebral, la que fue bien tolerada, extrayéndose parte de un ‘tumor’, al que se le practica biopsia rápida” (6.º);

resolviendo a continuación:

“Que, de lo expuesto, cabe concluir que atendido el resultado de los exámenes requeridos por el médico tratante y los síntomas que presentaba el paciente, el diagnóstico de la existencia de un tumor cerebral y la urgencia de practicar una intervención quirúrgica, corresponde, como lo indicaron los médicos que declararon en la causa, al estándar profesional exigible. Más aún, si dicho tumor existía. Ahora, su carácter de maligno, cuya calificación reprocha el demandante, normalmente, sólo podía conocerse una vez que se practicara la biopsia a la muestra extraída” (7.º).

En el mismo sentido, en el fallo de la Corte de Apelaciones de Antofagasta, de 19 de junio de 2024<sup>103</sup>, se dijo:

“Del entramado legal y reglamentario, resulta evidente que las Clínicas, actúan como un conjunto estructurados de medios materiales y humanos, destinados al logro del restablecimiento de la salud, constituyendo así, respecto del paciente, una entidad única en que no cabe distinguir el tipo de vínculo que puede tener el médico con la clínica, pues, como sea, para efecto de la atención de salud, constituyen una unidad imprescindible, necesaria y complementaria, desde que para la realización del tipo de intervenciones a la que se sometió la demandante se requiere esa comunión de esfuerzos constituido por la actuación de profesionales de la salud, unido a medios materiales de la más diversa naturaleza, lo que configura, respecto del paciente, una atención

---

<sup>103</sup> C.S.M. con Clínica La Portada de Antofagasta (2024). Véase también L. con Clínica Indisa (2024); C.S.N. y otro con Instituto de Diagnóstico S.A. (2023); T.G.K. y otro con Instituto de Diagnóstico S.A. (2023); V.H.J. y otro con Corporación Sanatorio Alemán (2022).

única en la que no resulta distinguible sus diversos componentes más aun cuando todos, como se vio, están vinculados por la obligación normativa de brindar una atención destinada al restablecimiento de la salud, que les reporta una utilidad o provecho común, resultando así irrelevante el entramado legal que empleen los demandados para diferenciar responsabilidades”.

Un caso más claro de esta perspectiva es la casación desechada por la Corte Suprema, de 1 de marzo de 2023<sup>104</sup>. En el caso se había demandado a la institución privada por el diagnóstico tardío de cáncer de mamas de la paciente. Aquí, la práctica del examen y la atención de personal médico permiten afirmar la responsabilidad de la clínica, como si se tratara de una prestación única.

## 2. Responsabilidad por hecho ajeno

### a. Configuración del vínculo y límites

En el sistema chileno, junto a la responsabilidad personal o directa, es posible responder por el hecho de otro, conforme al art. 2320 del *Código Civil*. El fundamento último de la norma se encuentra en las relaciones de dependencia y supervigilancia, relaciones que pueden ser de cuidado o de servicio<sup>105</sup>.

Ahora bien, este vínculo implica una correlación de autoridad, por una parte, y de obediencia, por otra. Dicho nexo, desde luego, no está limitado al elemento que se exige en materia laboral para acreditar la existencia de un

<sup>104</sup> Véase P. con Clínica Alemana de Temuco S.A. (2023). En un sentido similar, en la sentencia de casación, rechazada, U.M.R. con Clínica del Maule y otra (2014), se aseveró que, al compartir un propósito común, la clínica responde desde que el paciente ingresa a la clínica, toda vez que la prestación médica le proporciona ganancias, por tanto, debe soportar las consecuencias de la negligencia médica. En un sentido similar, B.L.J. con Clínica Regional del Elqui y otro (2020).

<sup>105</sup> Véase SAN MARTÍN (2024), pp. 37-39. Dice la autora: “Bajo esa lógica, es posible sostener que la cláusula general de responsabilidad por hecho ajeno se bifurca en dos subgrupos: la responsabilidad por el hecho de personas que están ‘al cuidado’ de otras y la responsabilidad por el hecho de personas que están ‘al servicio’ de otra. Distinguiendo así entre relaciones de cuidado y de servicio, de lo que será necesario luego analizar la naturaleza precisa y los términos de la concreta relación intersubjetiva. De esta manera, una aglomeración de las figuras del artículo 2320 quedaría de la siguiente forma: (i) relaciones de cuidado (padres-hijos, tutor-pupilo, jefes de colegios y escuelas-discípulos); y (ii) relaciones de servicio: (artesanos o empresarios-aprendices o dependientes)”. La distinción ha sido admitida recientemente por la sentencia de la Corte Suprema, R.B.M. y otro con Transporte CCU Limitada y otro (2025).

contrato de trabajo<sup>106</sup>. La causa originaria de esta dependencia no tiene relevancia en el campo de la responsabilidad por el hecho ajeno, pudiendo esta encontrarse en la ley, en un contrato o en una mera situación de hecho. La dependencia está constituida por el derecho o el poder del principal, de dar órdenes, impartir instrucciones, dirigir y vigilar al subordinado o dependiente, por un lado, y, por otro, la obligación de este de obedecer a aquel<sup>107</sup>. La Corte Suprema ha declarado que la relación de dependencia es una cuestión de hecho que debe ser vista en la causa misma<sup>108</sup>.

La configuración del vínculo, por consiguiente, reconoce como elemento estructural que el dependiente realice la labor por cuenta, riesgo o en interés del principal, de manera que ese sea el núcleo de la relación<sup>109</sup>. El límite doctrinario se encuentra en los contratistas externos, en la medida que estos desempeñan la labor por cuenta y riesgo propio<sup>110</sup>. Como señala Fabián Elorriaga, esta ha sido la doctrina constante de la Corte Suprema, por espacio de, al menos, los cien últimos años<sup>111</sup>.

<sup>106</sup> Como se advirtió en la sentencia A.G.M. con Cencosud Retail S.A. (2019): “El vínculo de dependencia –como presupuesto de la responsabilidad en estudio– no queda restringido a la existencia únicamente de una relación laboral típica, aceptándose un concepto más amplio de situaciones que las nuevas realidades sociales presentan. Se concluye que los sentenciadores efectuaron una errada interpretación y aplicación del artículo 2320 del Código Civil, al restringir el significado del término dependiente a la figura del trabajador dependiente de un empleador, lo que influyó en lo dispositivo del fallo, pues tal yerro determinó que se desestimara sin más la responsabilidad reclamada. La causa versa sobre una demanda por indemnización de perjuicios en contra de C. Retail S.A., debido a un hecho ajeno sucedido al interior del supermercado”. Véase también S.H.A. con Compañía Cervecerías Unidas S.A. (2020).

<sup>107</sup> VEAS (1999), p. 275; AEDO (2006), pp. 226-227; ELORRIAGA (2010), p. 726; VINEY, JOURDAIN et CARVAL (2013), pp. 1045-1046; SALVI (2019), pp. 203-205; ARAVENA, IBAÑEZ y MUÑOZ (2019), p. 91; BARROS (2020), pp. 180-181; AEDO (2024), p. 879 y ss.

<sup>108</sup> S.P.G. con Fábrica y Maestranza del Ejército, Fisco de Chile, Maestranzas I División (2013) y Z.Q.M. y otros con Fundación Hospital Parroquial San Bernardo (2017). En este último fallo, dijo la Corte: “Para la procedencia de la presunción de culpa de responsabilidad del tercero por el hecho de sus dependientes, la doctrina ha señalado que deben concurrir los siguientes requisitos: a) hecho ilícito imputable al dependiente; b) prueba de la responsabilidad del subordinado o dependiente; c) capacidad delictual del autor material del daño y, d) relación de subordinación o dependencia entre el responsable y el autor material del daño. En cuanto al último requisito, que es en definitiva lo que cuestiona el recurrente, se ha dicho que la calidad de dependiente es más bien un estado de hecho que una relación jurídica. La calidad de dependiente no proviene de la forma de designación, sino del hecho de estar al servicio de otro, no interesa que la relación o el vínculo de subordinación provenga de un contrato válido o nulo, típico o atípico, que sea remunerado o gratuito, temporal o permanente, etc.; lo único que importa es que, de hecho, el agente directo y material del daño esté al cuidado o control del empresario demandado al momento de causar el daño (considerando 6.º de la sentencia de la Corte Suprema)”.

<sup>109</sup> CORRAL (2004), p. 235; BARROS (2020), p. 180.

<sup>110</sup> ALESSANDRI (2005), pp. 367-368; ELORRIAGA (2010), pp. 727-728; BARROS (2020), pp. 181, 194.

<sup>111</sup> ELORRIAGA (2010), p. 728. En el mismo sentido, ARAVENA y CABALLERÍA (2021), pp. 5-6.

Por tanto, lleva razón Fabián Elorriaga cuando sostiene que, al margen de casos muy calificados, debe mantenerse la regla de que no se responda por los daños causados por un contratista externo, advirtiendo del peligro que pudiera conducir un criterio que quede entregado al sentenciador<sup>112</sup>. En este sentido, se debe advertir la existencia de una tendencia que, con la justificación de un principio *pro damnato*, extiende indebidamente las reglas de responsabilidad, lo que puede significar una importante distorsión de las funciones del régimen, encareciendo los costos sociales, en términos de distribución de riesgos sociales<sup>113</sup>.

#### b. Su configuración en la jurisprudencia

Como se ha dicho, la jurisprudencia ha resuelto la responsabilidad de las clínicas y establecimientos privados, recurriendo a los arts. 2320 y 2322. Por ejemplo, en las sentencias de la Corte Suprema de 19 de junio de 2014<sup>114</sup> y 15 de abril de 2019<sup>115</sup>; Corte de Apelaciones de Santiago, 17 de enero de 2024<sup>116</sup>.

En cuanto a sus límites, no basta la relación de vinculación entre un médico y la clínica para que la responsabilidad por hecho ajeno se configure, ni que el médico atienda en su consulta en las dependencias de la institución. Debe haber efectivas posibilidades de control para que dicho vínculo y la responsabilidad se genere. Así, en la sentencia de la Corte Suprema de 5 de

120

<sup>112</sup> ELORRIAGA (2010), p. 736.

<sup>113</sup> Para esta aproximación, AEDO (2018), pp. 247-250; 266 y ss.

<sup>114</sup> S.N.M. con Clínica Reñaca (2014): “Dicha relación de dependencia existía entre el intensivista sr. Ríos y la clínica demandada, como ambos no lo desconocen y constituye un hecho establecido de la causa; y esta última no ha probado tampoco haberse encontrado en situación de completa ajenidad al acto de su dependiente, en términos de sostener la excepción a dicha responsabilidad (inciso final del referido artículo 2320). De esta suerte, resulta inevitable colegir que dicha clínica está obligada a resarcir solidariamente con su dependiente los daños irrogados con la conducta culposa de él. Dicha responsabilidad resulta bastante para colegir su obligación de concurrir al resarcimiento de los daños ocasionados por la conducta de su dependiente. Sin embargo, y sólo para cerrar en plena armonía el triángulo jurídico que impulsa la corresponsabilidad de todos los demandados, se puede agregar que la vinculación de la clínica respecto del otro médico, Sr. V., impele en el mismo sentido, ya no por ministerio de los efectos de la dependencia propiamente tal, sino que por el vínculo jurídico creado entre este médico independiente y la clínica; y que obedece a un contrato cuyos resultados no son ajenos para ambos –ni menos para el paciente– y que guarda relación con la forma de organizar y prestar el servicio hospitalario”. Véase, en un sentido similar, R.P.F. con D.P. Ed. y Servicio de Salud Metropolitano (2015), aunque se rechaza el recurso de casación en contra del fallo de la Corte de Apelaciones que había rechazado, a su vez, la demanda.

<sup>115</sup> S.C.C. con Mutual de Seguridad (2019). En el mismo sentido, D.M.B. con Clínica Iquique S.A. (2021).

<sup>116</sup> F.C.V. con Universidad de Chile (2024).

junio de 2013<sup>117</sup>, se rechazó el recurso en contra de la sentencia que había rechazado la demanda en contra de la clínica. Se trataba de un psiquiatra, dependiente de la clínica, que atendía en su consulta particular que diagnosticó erróneamente a una paciente y mantuvo el diagnóstico por años, sin que existiese mejoría. El caso, es, por tanto, interesante, porque descarta que, en el sistema chileno, pueda pensarse en una especie de responsabilidad vicaria.

### CONCLUSIONES

El examen de los sujetos responsables y la sistematización ofrecida dan cuenta de algunos nudos dogmáticos críticos que deben ser abordados con mayor profundidad, a la hora de justificar la responsabilidad o la condena conjunta de las instituciones. Algunas decisiones jurisprudenciales, probablemente en vistas a la mejor protección de la víctima, emplean argumentos que pueden considerarse si no contradictorios, al menos confusos dentro del régimen que se emplean.

En lo que atañe a la responsabilidad por falta de servicio, el carácter de funcionarios de los médicos que cometen una negligencia, por irrespeto de protocolos, por fallas en el diagnóstico o en el tratamiento, permite atribuir sin mayor dificultad dogmática el resultado dañoso a la institución pública.

Pero esa consideración dogmática del médico tiene dos puntos de tensión que se expresan en las sentencias analizadas: en primer lugar, en la libre elección mediante bono PAD, ha de reconocerse que la atribución de responsabilidad no es bajo el prisma de un funcionario público, sino, más bien,

121

---

<sup>117</sup> T.S.L. y otros con Clínica Las Condes S.A. (2013). La Corte se hace cargo de lo resuelto en segunda instancia, en los siguientes términos: “Que para decidir de esa manera, los jueces del fondo, en los motivos sexagésimo a sexagésimo tercero del fallo de primera instancia, reproducidos en la sentencia de segundo grado, del análisis de la prueba rendida, concluyeron que no existe antecedente alguno que revele la incidencia de la Clínica Las Condes en los hechos materia del juicio, agregando que en la ficha clínica que doña L.T.S. registra en el centro médico no hay constancia alguna vinculada a la enfermedad diagnosticada por el Dr. E.R. En ese orden de ideas, señalaron que la sola circunstancia que el médico tratante formara parte del equipo de la clínica demandada, no conduce necesariamente a atribuirle responsabilidad en los hechos, puesto que las consultas las efectuó de manera particular y sin injerencia de la clínica, lo que resulta patente considerando entre otros antecedentes, que luego de la consulta realizada el año 1999 el facultativo derivó a la paciente a la Clínica San José donde, según reconocen los demandantes, se le practicó el test de L. y se le diagnosticó el síndrome de Pick. En el mismo sentido expresan que las relaciones privadas entre ambos demandados y que autorizan al Dr. E.R. a utilizar una dependencia de la clínica para atender sus consultas particulares en ese centro asistencial, en ningún caso permiten vincularlos, concluyendo, en consecuencia, que el médico psiquiatra no obró como dependiente de la clínica demandada ni se usaron dependencias de hospitalización, equipos ni personal de la misma en la atención de la paciente”.

de un órgano, tal como este se presenta en la relación privada. La segunda tensión es la inconsecuencia que supone la condena del médico con la idea de órgano: es cierto que la responsabilidad por falta de servicio no excluye la del médico (no es causal eximente de responsabilidad), pero si realmente el médico actúa como órgano y eso es lo que justifica la demanda por falta de servicio, el comportamiento médico no es distinto de la institución pública y deja sin fundamento alguno el derecho del Estado a repetir en contra del funcionario, por el total. Si médico e institución pública son condenados *in solidum* o de manera solidaria, por ejemplo, la base de dicho derecho a repetir por el total desaparece, porque ambos, en sus relaciones internas, deberían ser una parte.

En cuanto a la responsabilidad institucional, se ha centrado la discusión en la demanda que puede intentarse en contra del Servicio de Salud o el hospital autogestionado. El debate dogmático ha dejado fuera la posibilidad más problemática, a saber, la de demandar a ambos, por dos razones. En primer lugar, hay una clara incoherencia entre desechar en la falta de servicio la aplicación de las reglas de responsabilidad extracontractual, por el hecho ajeno, y fundar la responsabilidad de los servicios de salud en una suerte de control o supervisión de hospitales autogestionados. En segundo lugar, si Servicio de Salud y hospital autogestionado demandados conjuntamente comparten personalidad jurídica, es difícil pensar en la operatividad de una condena *in solidum* o solidaria.

En cuanto a la responsabilidad de clínicas y establecimientos privados de salud, se considera que pueden ensayarse al menos tres reflexiones que derivan del trabajo. En primer término, la dificultad apuntada para perfilar la idea de órgano en el derecho privado y en la responsabilidad civil en particular. Sin duda se trata de una asignatura pendiente, derivada especialmente de la poca atención que en general ha recibido la conducta. La idea de órgano se desperfila cuando la relación no está sometida a las reglas propias de configuración de un órgano formal y *agency by stoppel*, propuesta por Enrique Barros, requiere la necesidad de un texto expreso, que, en caso de la responsabilidad analizada, no existe.

En segundo lugar, el trabajo ha dado cuenta de la dificultad para distinguir entre responsabilidad por el hecho propio y por el hecho ajeno. Aunque se piensa que la responsabilidad por el hecho propio de la clínica puede fundarse en el efecto expansivo del contrato médico (sobre todo, cuando se sostiene la unidad de contratos), lo cierto es que todo el aparatage argumental gira en torno a una falla de control o supervisión del médico, elemento central también de la construcción de la responsabilidad por hecho ajeno.

Por último, se considera que debe ser prevenida la idea de la que la responsabilidad institucional pueda ser explicada íntegramente a partir de la culpa organizacional. Parece más sensato asumir un enfoque más delimitado,

solo para los casos en los que la articulación organizativa de la institución ha fallado, independientemente de si concurre con ella una culpa médica. Por ello, el trabajo ha intentado sistematizar casos en que dicha responsabilidad puede concurrir. Finalmente, tampoco puede aceptarse la idea, implícita en algunos argumentos dogmáticos, o en las decisiones jurisprudenciales, de que la culpa organizacional sea un régimen de responsabilidad estricta. En este sentido, y partiendo del supuesto de que el riesgo es un criterio unificador, es posible afirmar que tanto un sistema de culpa como de responsabilidad estricta, es común la distribución del riesgo. Lo que definiría la responsabilidad estricta es un riesgo agravado, traducido en la peligrosidad de la actividad<sup>118</sup>, que no es ciertamente el caso.

#### BIBLIOGRAFÍA CITADA

- AEDO BARRENA, Cristian (2006). *Responsabilidad extracontractual*. Santiago: Librotecnia.
- AEDO BARRENA, Cristian (2018). *Culpa aquiliana: una conjunción de aspectos históricos y dogmáticos*. Santiago: Thomson Reuters.
- AEDO BARRENA, Cristian (2021a). “Responsabilidad civil médica. Algunos aspectos problemáticos y coronavirus”, en Carlos CÉSPEDES MUÑOZ (dir.), *Derecho y situaciones de excepcionalidad*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- AEDO BARRENA, Cristian (2021b). “Contornos de la responsabilidad contractual”. *Revista de Derecho (Valdivia)*, vol. XXXIV, núm. 2. Valdivia.
- AEDO BARRENA, Cristian (2023). “El deber de información del médico ¿contenido de obligación o criterio de responsabilidad? Especial referencia al consentimiento hipotético”, en Ruperto PINOCHET OLAVE (dir.), *Estudios de derecho civil XVI*. Santiago: Thomson Reuters.
- AEDO BARRENA, Cristian (2024). “El vínculo de subordinación y dependencia en la responsabilidad del empresario por el hecho ajeno como mecanismo articulador del riesgo”, en Carmen DOMÍNGUEZ HIDALGO (dir. y ed.), *Estudios de derecho civil XVII*. Santiago: Thomson Reuters.
- AGÜERO SAN JUAN, Claudio; Sebastián SANDOVAL AYALA y Juan Pablo ZAMBRANO TIZNADO (2020). “La falta de servicio en la Ley N° 19.966 (GES)”. *Ius et Praxis*, año 26, núm. 1. Talca.
- ALCALDE RODRÍGUEZ, Enrique (2013). *La responsabilidad de los directores de sociedades anónimas. Responsabilidad civil y penal administrativa*. Santiago: Ediciones UC.

<sup>118</sup> BIANCA (2012), pp. 688-689; CASTRONOVO (2018), pp. 454-455; BARROS (2020), p. 475 y ss. Como se ha dicho en otro lugar, el estándar de conducta medio implica que el deber de cuidado plantea una delimitación entre los ámbitos de control del potencial autor del daño, y el ámbito de control de la propia víctima, quien debe asumir medidas de cuidado, en AEDO (2018), p. 342 y ss.

- ALESSANDRI RODRÍGUEZ, Arturo (2005). *De la responsabilidad extracontractual en el derecho civil chileno*, reimpresión 1ª ed. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- ALESSANDRI R., Arturo; Manuel SOMARRIVA U. y Antonio VODANOVIC H. (2005). *Tratado de derecho civil, parte preliminar y general*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- ARAVENA CUEVAS, Branco; Catalina IBÁÑEZ ESCUDERO y David MUÑOZ PONCE (2019). “Responsabilidad civil del empresario por el hecho de sus dependientes: prueba liberatoria y estrategias alternativas”. *Revista de Estudios Ius Novum*, vol. 12, núm. 1, Valparaíso.
- ARAVENA CUEVAS, Branco y Aracelli CABALLERÍA MORALES (2021). “A propósito del vínculo de dependencia y el ámbito de vigilancia del empresario, con ocasión de la sentencia de la Corte Suprema, de 27 de mayo de 2019, rol N° 4350-2018 (‘Arellano Garrido, Mario con Cencosud Retail S.A.’)”. *Revista Justicia & Derecho*, vol. 4, núm. 1, Santiago.
- BARROS BOURIE, Enrique (2020). *Tratado de responsabilidad extracontractual*, 2ª ed. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- BERMÚDEZ SOTO, Jorge (2002). “La responsabilidad extracontractual de la Administración del Estado por falta de servicio y por el daño ambiental”. *Revista de Derecho Universidad Católica de Valparaíso*, vol. XXIII. Valparaíso.
- BIANCA, Cesare Massimo (2012). *Diritto Civile*, 2ª ed. Milano: Giuffrè, volume I: La responsabilità.
- BRANTT ZUMARÁN, María Graciela (2008). “Los deberes de información y seguridad en el contrato de atención médica y la responsabilidad por su incumplimiento”, en Alejandro GUZMÁN BRITO (ed.), *Colección de estudios de derecho civil en homenaje a la profesora Inés Pardo de Carvallo*. Valparaíso: Ediciones Universitarias de Valparaíso.
- CÁRDENAS VILLARREAL, Hugo (2009). “La recepción jurisprudencial de la distinción obligaciones de medios/obligaciones de resultado y otros expedientes probatorios unificadores de responsabilidad civil médica”, en Carlos PIZARRO WILSON (coord.), *Estudios de derecho civil IV*. Santiago: LegalPublishing.
- CÁRDENAS VILLARREAL, Hugo (2018). “La legitimación pasiva de la administración médico-sanitaria en la era de los establecimientos autogestionados en red”. *Revista Chilena de Derecho*, vol. 45, núm. 2. Santiago.
- CÁRDENAS VILLARREAL, Hugo y Jaime MORENO MOLINET (2011). *Responsabilidad médica. Estándares jurisprudenciales de la falta de servicio*. Santiago: Thomson Reuters.
- CARVAJAL TADRES, Carolina (2014). “La legitimación pasiva de los hospitales autogestionados”. *Revista de Derecho. Escuela de Postgrado*, vol. 6. Santiago.
- CASTRONOVO, Carlo (2018). *Responsabilità civile*. Milano: Giuffrè.
- CORRAL TALCIANI, Hernán (2004). *Lecciones de responsabilidad civil extracontractual*, reimpresión 1ª ed. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- DE LA MAZA GAZMURI, Iñigo (2010). “Consentimiento informado, una visión panorámica”. *Ius et Praxis*, año 16, núm. 2. Talca.

- DÍEZ-PICAZO, Luis (1992). *La representación en el derecho privado*, reimpresión 1ª ed. Madrid: Civitas.
- DOMÍNGUEZ HIDALGO, Ramón (1984). “Los terceros y el contrato”. *Revista de Derecho Universidad de Concepción*, tomo 174. Concepción.
- ELORRIAGA DE BONIS, Fabián (2010). “La responsabilidad del empresario por el hecho de su contratista independiente por daños a terceros”, en DEPARTAMENTO DE DERECHO PRIVADO FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN (coord.). *Estudios de derecho civil v. Santiago*: Thomson Reuters.
- EWERT URIBE, Axel (2021). “El problema de la legitimación pasiva en hipótesis de daños producto de la actividad en los hospitales autogestionados en red: análisis de la sentencia de la Corte Suprema de fecha 3 de abril de 2020”. *Revista Chilena de Derecho*, vol. 48, núm. 2. Santiago.
- GALÁN CORTÉS, Julio César (2020). *Responsabilidad civil médica*. Madrid: Civitas.
- GUERRERO VALENZUELA, Roberto y Matías ZEGERS RUIZ-TAGLE (2014). *Manual sobre derecho de sociedades*. Santiago: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- GUAJARDO CARRASCO, Baltazar (2005). *Aspectos de la responsabilidad civil médica. Doctrina y Jurisprudencia*, 2ª ed. actualizada. Santiago: Librotecnia.
- HERNÁNDEZ PAULSEN, Gabriel y Felipe CHAGUÁN SEDÁN (2021), “Consentimiento informado en las prestaciones de salud”. *Acta Bioethica*, vol. 27, núm. 1. Santiago.
- HUEPE ARTIGAS, Fabián (2012). “La falta de servicio en la responsabilidad sanitaria”, en Raúl LETELIER WARTENBERG (coord.), *La falta de servicio*. Santiago: LegalPublishing.
- HUEPE ARTIGAS, Fabián (2022). “La falta de servicio como título de imputación en la responsabilidad patrimonial del Estado, ¿es el único que acepta nuestro sistema? Fundamentos para la admisión de otros títulos de imputación”. *Revista de Derecho Administrativo Económico*, núm. 36. Santiago.
- JARAMILLO, Carlos (2019). *La culpa y la carga de la prueba en el campo de la responsabilidad médica*. Bogotá: Olejnik, Editorial Ibáñez.
- LARROUMET, Christian (1993). *Teoría general del contrato*. Bogotá: Temis.
- LÓPEZ SANTA MARÍA, Jorge (2010). “Las cadenas de contratos o contratos coligados”. *Revista de Derecho Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, tomo XIX. Valparaíso.
- LÓPEZ SANTA MARÍA, Jorge y Fabián ELORRIAGA DE BONIS (2017). *Contratos. Parte general*, 2ª ed. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- MARÍN VALLEJO, Urbano y Danae FRINGS ANADÓN (2017). “Legitimación pasiva de los hospitales autogestionados”. *Revista de Derecho Consejo de Defensa del Estado*, núm. 37. Santiago.
- MARÍN, Juan Carlos (2024). “La legitimación ordinaria en el derecho procesal civil”, en Orlando POBLETE y Flavia CILVETI (coords.), *Las partes en el proceso. IX Jornadas Nacionales de Derecho Procesal*. Santiago: Tirant lo Blanch.
- MARTORELL, Eduardo Ernesto (1990). *Los directores de sociedades anónimas*. Buenos Aires: Depalma.

- MAZZON, Riccardo (2019). *Responsabilità contrattuale e danni risarcibili*. Milano: Giuffrè.
- NORIEGA POTOČNJAK, Fernando (2011). *La negligencia médica ante la doctrina y la jurisprudencia nacionales*. Santiago: Ediciones Jurídicas de Santiago.
- PARRA SEPÚLVEDA, Darío (2018). “El consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes en el ámbito sanitario”, en Carmen DOMÍNGUEZ HIDALGO (coord.), *Estudios de derecho de familia III*. Santiago de Chile: Thomson Reuters.
- PARRA SEPÚLVEDA, Darío (2019). “La obligación del médico en la medicina voluntaria”, en Carlos CÉSPEDES MUÑOZ (dir.), *Estudios de derecho privado en memoria del profesor Nelson Vera Moraga*. Santiago: Thomson Reuters.
- PARRA SEPÚLVEDA, Darío y Isaac RAVETLLAT BALLESTÉ (2019). “El consentimiento informado de las personas menores de edad en el ámbito de la salud”. *Ius et Praxis*, año 25, núm. 3. Talca.
- PERIN, Andrea (2017). “La condotta lesiva colposa. Una prospettiva ricostruttiva”. *Politica Criminale*, vol. 12, n.º 23. Santiago.
- PIZARRO WILSON, Carlos (2017). *La responsabilidad civil médica*. Santiago: Thomson Reuters.
- PUELMA ACCORSI, Álvaro (2003). *Sociedades*, reimpresión 3ª ed. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, tomo II: Sociedades anónimas.
- ROMERO SEGUEL, Alejandro (2012). *Curso de derecho procesal civil*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, tomo I: La acción y la protección de los derechos.
- SALVI, Cesare (2019). *La responsabilità civile*, 3ª ed. Milano: Giuffrè.
- SAN MARTÍN NEIRA, Lilian (2024). “La distinción entre relaciones de servicio y de cuidado en la responsabilidad extracontractual por hecho ajeno”. *Revista de Derecho (Valdivia)*, tomo XXXVII, núm. 2. Valdivia.
- SILLERO CROVETTO, Blanca (2013). “La responsabilidad civil médico-sanitaria”, en Manuel CAMAS JIMENA (coord.). *Responsabilidad médica*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- TAPIA RODRÍGUEZ, Mauricio (2003). “Responsabilidad civil médica: riesgo terapéutico, perjuicio de nacer y otros problemas actuales”. *Revista de Derecho Valdivia*, vol. XIV. Valdivia.
- TOCORNAL COOPER, Josefina (2010). “Responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias”. *Revista Chilena de Derecho*, vol. 37, n.º 3, Santiago.
- TOCORNAL COOPER, Josefina (2014). *La responsabilidad civil de clínicas y hospitales*. Santiago: Thomson Reuters.
- VALDIVIA OLIVARES, José Miguel (2006). “Teoría del órgano y responsabilidad pública en la Ley de Bases de la Administración del Estado”. *Revista de Derecho Valdivia*, vol. XIX, núm. 2. Valdivia.
- VALDIVIA OLIVARES, José Miguel (2019). “La responsabilidad por falta de servicio en la administración hospitalaria en la jurisprudencia chilena”. *Revista de Derecho Universidad de Concepción*, núm. 246. Concepción.
- VÁSQUEZ PALMA, María Fernanda (2013). *Sociedades*. Santiago: LegalPublishing.
- VEAS PIZARRO, Ricardo (2006). *De la responsabilidad extracontractual indirecta*. Santiago: Metropolitana.

- VIDAL OLIVARES, Álvaro (2006). “El efecto absoluto de los contratos”. *Revista Chilena de Derecho Privado*, n.º 6. Santiago.
- VIDAL OLIVARES, Álvaro (2018). *Responsabilidad civil médica*. Santiago, DER Ediciones.
- VIDAL OLIVARES, Álvaro (2020). *Responsabilidad civil por negligencia médica*. Santiago, Academia Judicial de Chile.
- VINEY, Geneviève, Patrice JOURDAIN et Suzanne CARVAL (2013). *Traité de Droit Civil. Les conditions de la responsabilité*, 4ª ed. Paris: LGDJ.

### *Normas citadas*

- Circular n.º 30, normas de manejo de brotes de diarreas por *Clostridium difficile*, 24 de septiembre de 2013.
- Decreto n.º 38, Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión de red, de 29 de diciembre de 2005.
- Decreto n.º 60, aprueba norma técnica n.º 225, sobre programas de prevención y control de las infecciones asociados a IAAS, 26 de agosto de 2022.
- DFLn.º 1, fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley n.º 2763, de 1979 y de las leyes n.º 18933 y 18469, a quienes toca la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial, 24 de abril de 2006.
- Ley n.º 18575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, 5 de diciembre de 1986.
- Ley n.º 18948, Ley Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas, 27 de febrero de 1990.
- Ley n.º 19465, que establece el sistema de salud de las FF.AA., 2 de agosto de 1996.
- Ley n.º 19966, establece un régimen de garantías en salud, 3 de septiembre de 2004.
- Ley n.º 20584, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, 24 de abril 2012.
- Resolución exenta n.º 1031, aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, 17 de octubre de 2012.
- Resolución exenta n.º 340, aprueba norma general técnica n.º 199 sobre esterilización y desinfección en establecimientos de atención de salud, 16 de marzo de 2018.

127

### *Jurisprudencia citada*

- Metrogas S.A. con CIMA Ltda. (2010): Corte Suprema, 12 de abril de 2010, rol 4183-2008, CL/JUR/6222/2010.
- C/B.G.M. y N.C.A. (2011): Corte Suprema, 10 de marzo de 2011, rol 2285-2010, indicador Microjuris MJJ26498; indicador vLex 333768430.
- W.M.C. con V.G.H.P. (2011): Corte de Apelaciones de Santiago, 28 enero de 2011, rol 5849-2009, indicador vLex 333052870.

- C.H.E. con Fisco de Chile (2012): Corte Suprema, 23 de mayo de 2012, rol 9.318-2009, indicador vLex 473214866.
- M.G.J.A. y otro con Corporación Sanatorio Alemán S.A. (2012): Corte de Apelaciones de Concepción, 19 de julio de 2012, rol 456-2012, indicador CL/JUR/1371/2012.
- J. con Medi-Matic S.A. (2013): Corte Suprema, 6 de agosto de 2013, rol 7493-2012, indicador Tirant lo Blanch LTM31.738.308.
- S.P.G. con Fábrica y Maestranza del Ejército, Fisco de Chile, Maestranzas I División (2013): Corte Suprema, 5 de agosto de 2013, rol 1006-2012, 471743846.
- T.S.L. y otros con Clínica Las Condes S.A. (2013): Corte Suprema, 5 de junio de 2013, rol 5883/2012, indicador vLex 471838654.
- S.N.M. con Clínica Reñaca (2014): Corte Suprema, 19 de junio de 2014, rol 5817/2013, indicador vLex 515753582.
- U.M.R. con Clínica del Maule y otra (2014): Corte Suprema, 17 de julio de 2014, rol 10438-2013, indicador Tirant lo Blanch LTM28.476.725.
- C.S.R. con U.E.J. y Pontificia Universidad Católica de Chile (2015): Corte de Apelaciones de Santiago, 29 de enero de 2015, rol 6350-2014, indicador CL/JUR/587/2015.
- R.P.F. con D.P.E. y Servicio de Salud Metropolitano (2015): Corte Suprema, 10 de marzo de 2015, rol 28240/2014, indicador vLex 560472174.
- C.M.C. con Hospital Regional de Antofagasta (2016): Corte de Apelaciones de Antofagasta, en sentencia de 27 de enero de 2016, rol I. Corte 109-2015, indicador vLex 592570206.
- C.J.E. con Servicio de Salud del Maule (2017): Corte Suprema, 25 de abril de 2017, rol 38151-2016, indicador vLex 677880837.
- M.M.A. con Clínica de Salud Integral S.A. (2017): Corte Suprema, 10 de agosto de 2017, rol 8088-2017, indicador Tirant lo Blanch LTM28.475.026.
- Q.R.C. con Secretaria Regional Ministerial de Salud (2017): Corte Suprema, de 13 de noviembre de 2017, rol 99.898/2016, indicador vLex 696494349.
- Z.Q.M. y otros con Fundación Hospital Parroquial San Bernardo (2017): Corte Suprema, 11 de septiembre de 2017, rol 99.845-2016, indicador vLex 693015309.
- C.Y.R. y otro con Clínica Las Violetas y otro (2018): Corte Suprema, 31 de enero de 2018, rol 9189-2017, indicador Tirant lo Blanch LTM28.357.839.
- L. con Hospital San Martín de Quillota y Servicio de Salud de Viña del Mar (2018): Corte Suprema, 27 de septiembre de 2018, rol 14895-2018, indicador vLex 743536265.
- M. con Clínica del Maule (2018): Corte Suprema, 12 de junio de 2018, rol 3385-2018, indicador Tirant lo Blanch LTM28.334.561.
- S.U.M. con Hospital de Concepción (2018): Corte Suprema, 3 de septiembre de 2018, rol 826-2018, indicador vLex 743544085.
- T. y otros con Inmobiliaria Clínica San Carlos S.A. y Servicios Clínicos San Carlos S.A. (2018): Corte Suprema, 29 de enero de 2018, rol 19182-2017, indicador Tirant lo Blanch LTM28.358.844.

- T.F.B. con Hospital Santiago Oriente (2018): Corte Suprema, 12 de julio de 2018, rol 11761-2017, indicador vLex 743967637.
- A.G.M. con Cencosud Retail S.A. (2019): Corte Suprema, 27 de mayo de 2019, rol 4350-2018, indicador CL/JUR/3320/2019.
- P.C.A. con Clínica Santa María (2019): Corte Suprema, 25 de noviembre de 2019, rol 11438-2019, indicador Tirant lo Blanch LTM28.321.641.
- S.C.C. con Mutual de Seguridad y otro (2019): Corte Suprema, 15 de abril de 2019, rol 2779-2018, indicador vLex 779697045.
- A.F.E. con Hospital de Quilpué (2020): Corte Suprema, 5 de marzo de 2020, rol 5544-2019, indicador vLex 840992180.
- B.L.J. con Clínica Regional del Elqui y otro (2020): Corte Suprema, 19 de junio de 2020, rol 12500-2019, indicador Tirant lo Blanch, LTM28.263.197.
- E. con F. y Servicio de Salud de Valparaíso (2020): Corte Suprema, 30 de junio de 2020, rol 2544-2020, indicador Tirant lo Blanch LTM28.262.161.
- F.C.Y. con Hospital Clínico de la Fuerza Aérea (2020): Corte Suprema, de 1 de junio de 2020, rol 29.094-2019, indicador LTM19.482.978; vLex 844847286.
- P.G.J. con Tecma S.A. (2020): Corte Suprema, 5 de marzo de 2020, rol 19111-2018, indicador Tirant lo Blanch LTM28.275.093.
- S.H.A. con Compañía Cervecerías Unidas S.A. (2020): Corte Suprema, 21 de julio de 2020, rol 9034-2018, indicador vLex 846605642.
- C.V.S. con Inmobiliaria Oriente Limitada (2021): Corte Suprema, 27 de diciembre de 2021, rol 76464-2020, indicador Tirant lo Blanch LTM27.780.651.
- D.M.B. con Clínica Iquique S.A. (2021): Corte Suprema, 13 de julio de 2021, rol 24359-2020, indicador vLex 899881854.
- O.T.K. con Clínica Antofagasta y otra (2021): Corte Suprema, 2 de marzo de 2021, rol 4551-2019, indicador Tirant lo Blanch LTM27.605.084.
- S.R. con Clínica Alemana de Temuco (2021): Corte Suprema, 13 de septiembre de 2021, rol 79582-2020, indicador Tirant Lo Blanch LTM27.709.443.
- V.S.A. con Fisco de Chile (2021): Corte de Apelaciones de Santiago, 17 de agosto de 2021, rol 14100-2018, indicador CL/JUR/69288/2021.
- C.V.P. con Hospital Base Linares (2022): Corte Suprema, 1 de febrero de 2022, rol 56218-2021, CL/JUR/2576/2022.
- M.A.L. y otro con Clínica Universitaria de Concepción S.A. (2022): Corte de Apelaciones de Concepción, 23 de noviembre de 2022, rol 495-2022, indicador Tirant lo Blanch LTM33.350.996.
- M.O.A. y otro con Servicio de Salud de Coquimbo (2022): Corte Suprema, 31 de mayo de 2022, rol 56351-2021, indicador vLex 905412524.
- M.G. y otro con Hospital Barros Luco Trudeau (2022): Corte de Apelaciones de San Miguel, 8 de agosto de 2022, rol 195-2022, indicador CL/JUR/30155/2022.
- P.G.A. y otros con Fisco de Chile (2022): Corte Suprema, 12 de mayo de 2022, rol 35370-2021, indicador vLex 903208614.

- R. con P. (2022): Corte Suprema, 20 de octubre de 2022, rol 49746-2021, indicador vLex 913220023.
- T.A.C. y otros con S.D.J. y otra (2022): Corte Suprema, 19 de diciembre de 2022, rol 24333-2020, indicador CL/JUR/47203/2022.
- V.H.J. y otro con Corporación Sanatorio Alemán (2022): Corte de Apelaciones de Concepción, 23 de marzo de 2022, rol 474-2020, indicador Tirant lo Blanch LTM29.794.591.
- B.H.M. con H.H.C. (2023): Corte Suprema, 12 de julio de 2023, rol 17119-2021, indicador vLex 937520057.
- C. con K. (2023): Corte de Apelaciones de Santiago, 23 de junio de 2023, rol 10828-2019, indicador CL/JUR/26267/2023.
- C.A.G. y otro con Servicio de Salud de Chiloé (2023): Corte Suprema, 25 de julio de 2023, rol 123647-2023, indicador Titant lo Blanch LTM34.854.056.
- C.S.N. y otro con Instituto de Diagnóstico S.A. (2023): Corte de Apelaciones de Santiago, 6 de octubre de 2023, rol 8657-2020, indicador CL/JUR/41186/2023.
- M. con Hospital Naval de Punta Arenas (2023): Corte Suprema, 23 de noviembre de 2023, rol 201559-2023, indicador CL/JUR/45939/2023.
- P. con Clínica Alemana de Temuco S.A. (2023): Corte Suprema, 1 de marzo de 2023, rol 143940-2020, indicador CL/JUR/8485/2023.
- P. con D.R. (2023): Corte Suprema, 17 de abril de 2023, rol 49748-2021, indicador vLex 929007089.
- P. con P. (2023): Corte de Apelaciones de Santiago, 28 de diciembre de 2023, rol 14565, indicador CL/JUR/49005/2023.
- T.G.K. y otro con Instituto de Diagnóstico S.A. (2023): Corte de Apelaciones de Santiago, 26 de mayo de 2023, rol 10544-2017, indicador CL/JUR/21581/2023.
- A. con Servicio de Salud de Coquimbo (2024): Corte de Apelaciones de La Serena, 18 de marzo de 2024, rol 316-023, indicador CL/JUR/8594/2024.
- B. con Clínica Alemana de Santiago (2024): Corte de Apelaciones de Santiago, 24 de junio de 2024, rol 1375-2021, CL/JUR/20987/2024.
- B. con S. y otro (2024): Corte de Apelaciones de Santiago, 18 de abril de 2024, rol 10376-2024, indicador CL/JUR/13503/2024.
- B.V.I. con Servicio de Salud de Coquimbo (2024): Corte Suprema, 21 de agosto de 2024, rol 207874-2023, CL/JUR/30129/2024.
- C. con B. (2024): Corte de Apelaciones de La Serena, 22 de octubre de 2024, rol 425-2024, indicador CL/JUR/43668/2024.
- C. con C. (2024): Corte de Apelaciones de Santiago, 17 de junio de 2024, rol 5775/2021, CL/JUR/20263/2024.
- C. con Clínica de la Mujer Sanatorio Alemán S.A. (2024): Corte de Apelaciones de Concepción, 10 de octubre de 2024, rol 2394-2022, indicador CL/JUR/40832/2024.
- C. con Clínica Oftalmológica Ultravisión (2024): Corte Suprema, 31 de mayo de 2024, rol 133363-2022, indicador Tirant lo Blanch LTM35.427.123.

- C. con Servicio de Salud de Talcahuano (2024): Corte de Apelaciones de Concepción, 21 de junio de 2024, rol 467-2023, indicador CL/JUR/21020/2024.
- C. con Servicio de Salud de Valdivia (2024): Corte de Apelaciones de Valdivia, 26 de septiembre de 2024, rol 264-2024, indicador CL/JUR/35989/2024.
- C.S.M. con Clínica La Portada de Antofagasta (2024): Corte de Apelaciones de Antofagasta, 19 de junio de 2024, rol 626-2023, indicador CL/JUR/20935/2024.
- D. con Servicio de Salud Araucanía Sur (2024): Corte de Apelaciones de Temuco, 22 de mayo de 2024, rol 681-2023, indicador CL/JUR/18168/2024.
- D.V.M. y otros con G.L.G. y Clínica Santa María (2024): Corte Suprema, 30 de julio de 2024, rol 26456-2023, indicador Tirant lo Blanch LTM35.714.176.
- F.C.V. con Universidad de Chile (2024): Corte de Apelaciones de Santiago, 17 de enero de 2024, rol 9812-2020, indicador CL/JUR/2035/2024.
- H.L. con Servicio de Salud de O'Higgins (2024): Corte de Apelaciones de Rancagua, 16 de octubre de 2024, rol 1020-2023, indicador CL/JUR/43223/2024.
- L. con Clínica Indisa (2024): Corte de Apelaciones de Santiago, 23 de mayo de 2024, rol 6142-2022, CL/JUR/18189/2024.
- L. con I. Municipalidad de El Bosque (2024): Corte de Apelaciones de San Miguel, 29 julio de 2024, rol 323-2023, CL/JUR/27808/2024.
- Ll.C.M. con Servicio Salud O'Higgins (2024): Corte Suprema, 2 diciembre de 2024, rol 16080/2024, CL/JUR/49408/2024.
- M. con Clínica del Elqui (2024): Corte de Apelaciones de La Serena, 24 de abril de 2024, rol 202-2023, CL/JUR/13738/2024.
- M.O.L. con Hospital San Juan de Dios La Serena (2024): Corte Suprema, 6 de diciembre de 2024, rol 250450, indicador CL/JUR/50605/2024.
- M.G. con Servicio de Salud (2024): Corte de Apelaciones de Concepción, 5 de julio de 2024, rol 79-2023, indicador CL/JUR/22374/2024.
- M.V.C. y otros con Servicio Salud Araucanía Sur (2024): Corte de Apelaciones de Temuco, 8 de noviembre de 2024, rol 1152-2023, CL/JUR/45959/2024.
- N.C.T. y otro con Instituto de Neurocirugía y otro (2024): Corte de Apelaciones de Antofagasta, 12 de junio de 2024, rol 369-2023, indicador CL/JUR/20175/2024.
- N.S.M. y otro con C.L.R. (2024): Corte Suprema, 16 de mayo de 2024, rol 161606-2023, indicador CL/JUR/16014/2024.
- N.V.H. y otros con Servicio de Salud Talcahuano y Hospital Las Higueras (2024): Corte de Apelaciones de Concepción, 8 de febrero de 2024, rol 1120-2022, CL/JUR/2932/2024.
- P.U.C. y otra con Fisco de Chile (2024): Corte de Apelaciones de Santiago, 31 de diciembre de 2024, rol 5149-2021, indicador CL/JUR/53413/2024.
- R.E.M. con Hospital Clínico Universidad de Chile (2024): Corte Suprema, 22 de agosto de 2024, rol 160280-2022, indicador CL/JUR/30182/2024.
- R.S.I. con Servicio de Salud de Coquimbo (2024): Corte Suprema, 29 de noviembre de 2024, rol 248585-2023, indicador CL/JUR/49363/2024.

- S. con Hospital Universidad de Chile (2024): Corte de Apelaciones de Santiago, 20 de febrero de 2024, rol 12910-2020, indicador CL/JUR/5982/2024.
- S.L. y otra con Servicio de Salud de Talcahuano (2024): Corte Suprema, 2 diciembre de 2024, rol 16518-2024, CL/JUR/49410/2024.
- T.T.M. y otros con Servicio de Salud de Atacama (2024): Corte Suprema, 6 de febrero de 2024, rol 233436-2023, indicador CL/JUR/2846/2024.
- U.R.C. con Falc Chile Limitada (2024): Corte Suprema, 29 noviembre de 2024, rol 1788-2024, CL/JUR/49355/2024.
- V.H.J. y otra con Corporación Sanatorio Alemán y otro (2024): Corte Suprema, 13 de junio de 2024, rol 13850-2022, indicador Tirant lo Blanch LTM35.469.446.
- W. con Fisco de Chile (2024): Corte de Apelaciones de Antofagasta, 4 de septiembre de 2024, rol 184-2024, indicador CL/JUR/35485/2024.
- A.A.M. con Servicio de Salud Metropolitano Oriente (2025): Corte Suprema, 14 de enero de 2025, rol 242790-2023, CL/JUR/1618/2025.
- A. con A. y otro (2025): Corte de Apelaciones de Antofagasta, 28 de enero de 2025, rol 1253-2023, indicador CL/JUR/3667/2025.
- C.L.N. y otros con Fisco de Chile (2025): Corte Suprema, 13 de enero de 2025, rol 248471, indicador CL/JUR/1578/2025.
- G.B.P. con Hospital Militar de Santiago (2025): Corte Suprema, 13 de enero de 2025, rol 252320, indicador CL/JUR/1579/2025.
- N.V.H. y otros con Servicio de Salud Talcahuano y Hospital Las Higueras (2025): Corte Suprema, 16 de enero de 2025, rol 9386-2024, indicador CL/JUR/1690/2025.
- O.F. y otros con B.V. y otros (2025): Corte Suprema, 25 de marzo de 2025, rol 251296-2023, indicador CL/JUR/13288/2025, indicador LTM37.824.698.
- R.B.M. y otro con Transporte CCU Limitada y otro (2025): Corte Suprema, 3 de febrero de 2025, rol 154546-2023, indicador CL/JUR/3837/2025.
- R.M.C. y otra con Servicio de Salud Metropolitano Central y otros (2025): Corte Suprema, 3 de marzo de 2025, rol 40550-2024, CL/JUR/8240/2025.
- S. con Hospital Regional de Antofagasta (2025): Corte Suprema, 24 de marzo de 2025, rol 2277-2024, indicador CL/JUR/12832/2025.
- S. con Servicio de Salud de Arauco (2025): Corte de Apelaciones de Concepción, 12 de febrero de 2025, rol 1085-2023, indicador CL/JUR/4561/2025.
- V. con Servicio de Salud de Concepción (2025): Corte Suprema, 17 de febrero de 2025, rol 9263-2024, indicador CL/JUR/4484/2025.
- V. y otro con Servicio de Salud de Concepción (2025): Corte Suprema, 7 de abril de 2025, rol 19406-2025, indicador CL/JUR/15979/2025.

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

art.	artículo
arts.	artículos
CCU	Compañía Cervecerías Unidas
Cencosud	Centros Comerciales Sudamericanos
coord.	coordinador <i>a veces</i> coordinadora
coords.	coordinadores
DFL	Decreto con Fuerza de Ley
dir.	director <i>a veces</i> directora
DOI	Digital Object Identifier
ed.	editor, editora <i>a veces</i> edición
etc.	etcétera
FACH	Fuerza Aérea de Chile
FF.AA.	Fuerzas Armadas
Fonasa	Fondo Nacional de Salud
FONDECYT	Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico
IAAS	infecciones intrahospitalarias
LGDJ	Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence
Ltda.	limitada
n.º <i>a veces</i> núm., Nº	número
<i>op. cit.</i>	<i>opus citatum</i>
p.	página
PAD	Pago Asociado a Diagnóstico
PCI	Programa de control de IAAS
pp.	páginas
S.A.	sociedad anónima
SCS	sentencia de la Corte Suprema
ss.	siguientes
UPP	úlceras o lesiones por presión)
TAC	Tomografía Axial Computarizada
UC	Universidad Católica
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
vol.	volumen